

Evidenzgestützte Versorgungsplanung

Vergleichende Analyse
ausgewählter Methoden zur
Identifikation von Potenzialen
der Evidenzbasierung der
Versorgungsplanung

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

HTA Projektbericht Nr.: 21
ISSN 1992-0488
ISSN online 1992-0496

Evidenzgestützte Versorgungsplanung

Vergleichende Analyse
ausgewählter Methoden zur
Identifikation von Potenzialen
der Evidenzbasierung der
Versorgungsplanung

Endbericht



Ludwig Boltzmann Institut
Health Technology Assessment

Wien, August 2009

Projektleitung: Stefan Mathis, Dr., Dipl. Ing.
Projektbegleitung: Claudia Wild, Dr.,
Brigitte Piso, Dr., MPH,
Franz Piribauer, Dr., MPH
Projektbearbeitung: Stefan Mathis, Dr., Dipl. Ing.
Begutachtung: Markus Narath, Dr., KAGES
Thomas Amegah, Dr., MAS(ÖGD), Amt der Steiermärki-
schen Landesregierung

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber:

Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH
Operngasse 6/5, Stock, A-1010 Wien
<http://www.lbg.ac.at/gesellschaft/impressum.php>

Für den Inhalt verantwortlich:



Ludwig Boltzmann Institut Health Technology Assessment (LBI-HTA)
Garnisonsgasse 7/20, A-1090 Wien
<http://hta.lbg.ac.at/>

Die HTA-Projektberichte erscheinen unregelmäßig und dienen der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse des Ludwig Boltzmann Instituts Health Technology Assessment.

Die Berichte erscheinen in geringer Auflage im Druck und werden über das Internetportal „<http://eprints.hta.lbg.ac.at>“ der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt:

HTA Projektbericht Nr.: 21

ISSN 1992-0488

ISSN online 1992-0496

http://eprints.hta.lbg.ac.at/view/type/1_hta_report.html

© 2009 LBI-HTA – Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Inhalt	3
Zusammenfassung	5
Executive Summary	7
1 Einleitung	9
2 Fragestellung & Zielsetzung	13
3 Grundlagen & Definitionen	15
3.1 Entwicklung von modernen öffentlichen Gesundheitssystemen	15
3.2 Geleistete Versorgung & Versorgungsbedarf: Begriffe, Definitionen	16
3.2.1 Deutschland: Begriffsmodell für „Bedarfsgerechte Versorgung“	17
3.2.2 Großbritannien: Begriffsmodell aus dem Health Care Needs Assessment	20
3.3 Versorgungsplanung - Begriffsbestimmungen	22
3.4 Planungsrealität: rationale Planung vs. inkrementelle Strategien	24
3.5 Qualitätsorientierte Versorgungsplanung	25
3.6 Evidenzbasierte Praxis – vom klinischen Anwendungsbereich zum Einsatz auf regionaler/ nationaler Ebene	27
3.6.1 Evidenzbasierte Praxis (“Evidence-based practice“) im klinischen Handlungsbereich	27
3.6.2 Grenzen der analogen Übernahme des EBP-Konzepts	28
3.6.3 Evidenzbasierung bei öffentlichen Gesundheitsmaßnahmen – ein adaptiertes Konzept	28
3.6.4 Pragmatische Evidenzbasierungskonzepte	29
3.6.5 Evidenzbasierungskonzepte bei Fragen zu Kosten-Nutzen-Abwägungen	30
3.6.6 Evidence-based health care	31
3.6.7 Anwendung von Evidenz	32
3.6.8 Kritische Bewertung und Evidenzsynthese bei unterschiedlichen Studientypen bzw. Informationsbasen	32
4 Methodik	35
5 Ausgewählte Versorgungsplanungsmethoden	37
5.1 Health Care Needs Assessment (GB)	39
5.2 Community health needs assessment for health service planning (AUS)	43
5.3 Community Health Assessment and Action Planning 2005-2009 (USA)	46
5.4 Population needs-based health-care resource allocation and planning in Ontario (CA)	49
5.5 Österreichischer Strukturplan Gesundheit (Ö)	52
6 Kernelemente, Evidenzbasierung und Health Technology Assessment in der Versorgungsplanung	55
6.1 Methodenvergleich anhand des Planungsprozesses und Identifikation von Kernelementen der Versorgungsplanung	56
6.1.1 Planung der Planung	60
6.1.2 Grundannahmen offenlegen	61
6.1.3 Definition von Leitbildern/Leitgedanken	61
6.1.4 Initiale Informationsbeschaffung	62
6.1.5 Projektplanung	62
6.1.6 Umweltanalyse	62
6.1.7 Bestimmung der Zielgemeinschaft	62
6.1.8 Beschreibung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung	63
6.1.9 Leistungsangebot/Kapazitäten in der Zielgemeinschaft	63
6.1.10 Bewertung von Gesundheitszustand der Bevölkerung und (möglichem) Leistungsangebot/Kapazitäten	63

6.1.11	Abwägen der Herangehensweisen/ Entwicklung einer Strategie	64
6.1.12	Definition von Zielen, Spezifikationszielen, Prioritäten und Aktionen	64
6.1.13	Erstellung eines Implementierungsplans.....	65
6.1.14	Planungsevaluation und Planrevision/Umplanung.....	65
6.2	Möglichkeiten einer evidenzbasierten Planungspraxis.....	67
6.2.1	Evidenzbasierte Vorgangsweise in den ausgewählten Planungsmethoden.....	67
6.2.2	Evidenzbasiertes Vorgehen als Merkmal des gesamten Planungsprozesses	68
6.2.3	Evidenzbasierung in planungstypischen Informationsbasen und bei eingesetzten Methoden.....	69
6.3	Beitrag von Health Technology Assessment zur Versorgungsplanung	72
7	Diskussion	77
	Schlussfolgerungen:	81
8	Literatur.....	83

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.2-1,	Deutsches Begriffskonzept für Bedarf und Versorgung.....	18
Abbildung 3.2-2,	Englisches „Needs“-Modell [4]	20
Abbildung 3.6-1,	Unsicherheit und benötigte Evidenz in unterschiedlichen Entscheidungsebenen	30
Abbildung 5.3-1,	Minnesota's regionaler Public Health Qualitätsverbesserungsprozess; der Bereich Planung ist orange hervorgehoben	46
Abbildung 5.5-1,	Versorgungszonen und –regionen im ÖSG.....	52
Abbildung 6.2-1:	Identifikation von Informationsbasen und Methoden im Planungsprozess	70

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.2-1:	Begriffsdefinitionen aus [2]	19
Tabelle 3.3-1,	MeSH Tree von "Health planning"	23
Tabelle 3.5-1,	Qualitätskriterien der Versorgung [24].....	26
Tabelle 4-1,	Kriterien für den Einschluss von Versorgungsplanungsmethoden.....	36
Tabelle 5-1,	Ausgewählte Planungsmethoden im Überblick.....	38
Tabelle 5.1-1,	Grading und Quality Assessment	41
Tabelle 6.1-1,	Beschreibung der Einzelschritte im "Health Services Planning"	58
Tabelle 6.1-2,	Stufen der Deckung von Planungsschritten.....	60
Tabelle 6.1-3,	Übereinstimmung der Aktivitäten in ausgewählten Planungsprozessen mit dem Referenzprozess	66
Tabelle 6.2-1,	Gegenüberstellung von Schritten der Evidenzbasierung und Einzelschritten im Planungsprozess.....	68
Tabelle 6.3-1:	HTA Methoden mit potentielltem Einsatz in der Versorgungsplanung	73

Zusammenfassung

Hintergrund: Versorgungsplanung hat Aspekte der Nachfrage (Häufigkeit und regionale Verteilung von Krankheiten bzw. von Gesundheitszuständen) und des Angebots (Leistungen in Krankenhäusern, von niedergelassenen ÄrztInnen, Platzierung und Refundierungen von Großgeräten, Medikamenten oder Medizinprodukten, Pflegedienstleistungen), aber auch gesellschaftliche und soziale Aspekte der Grenzziehung zwischen Gesundheit und Krankheit zu berücksichtigen. Der ökonomisch bedingte Druck auf alle Akteure des Gesundheitssystems zur Verbesserung der Effizienz, zur Steigerung der Qualität und zur Senkung der Kosten ist auch Anlass herkömmliche Methoden in der Versorgungsplanung zu hinterfragen. Es ist *nicht* die Intention dieser Arbeit, die von Methodenbeschreibungen in der Literatur ausgeht, allgemeingültige Empfehlungen für die Versorgungsplanung zu erarbeiten, wohl aber Möglichkeiten aufzuzeigen, wissenschaftliche Unterstützung und Evidenzbasierung auch im Planungsprozess zu stärken.

Methode: 1. In einem Scoping-Prozess erfolgte zunächst die Eingrenzung der Fragestellung, um 2. eine Literaturrecherche mit 3. anschließender Auswahl jener Publikationen, die praktizierte Planungsmethoden und deren Einsatz detailliert beschreiben (Ein- und Ausschlusskriterien) vorzunehmen. 4. Der deskriptiven Darstellung der Planungsmethoden und 5. vergleichenden Analyse der Planungsschritte folgt 6. die Diskussion der wesentlichen Planungsschritte in den (ausgewählten) veröffentlichten Planungsanleitungen und des Potenzials der „Evidenzbasierung in der Planung“ resp. in den einzelnen Planungsschritten.

Ergebnisse: Aus 34 Veröffentlichungen von Plänen, Planungsmethoden oder reflexiven Arbeiten über Planungen öffentlicher Versorgung, wurden fünf Methoden für die weiterführende Analyse ausgewählt:

- ✚ Die englische Methode des „Health Care Needs Assessment“ (HCNA)
- ✚ die australische Methode „Community health needs assessment for health service planning“ (CHNAP),
- ✚ die amerikanische Methode „Community Health Assessment and Action Planning“ (CHAAP),
- ✚ das kanadische „Population needs-based health-care resource allocation and planning“ (PoNHRAP), sowie
- ✚ der „Österreichische Strukturplan Gesundheit“ (ÖSG).

Versorgungsplanung:
Berücksichtigung von Nachfrage, Angebot, aber auch gesellschaftlichen und sozialen Faktoren

Ziel des Projekts:
Identifikation von Potenzialen für stärkere Unterstützung durch Evidenz im Planungsprozess

Abgrenzung und Auswahl von Planungsmethoden, Analyse der Prozessschritte und Identifikation von Wissensbedarf

5 ausgewählte Planungsmethoden aus GB, AU, USA, CA, Ö

Analyserahmen: Prozessschritte nach „Health Services Planning“ von Thomas (2003)	<p>Unterstützt durch den analytischen Rahmen des „Health Services Planning“ von Thomas (2003), einer strategischen Planungsanleitung lassen sich Kernelemente in den Planungsprozessen der eingeschlossenen Versorgungsplanungsmethoden gegenüberstellen. Die Gewinnung von Informationen zur Bevölkerungsgesundheit und zum Leistungsangebot, aber auch die Nutzenbewertung der Leistungen spielen eine wichtige Rolle. Die Planungsmethoden zeigen aber auch unterschiedliche Schwerpunktsetzung (Partizipation, Priorisierung, Fokussierung auf Nutznachweis, Public Health Aspekte, Indikatorenauswahl, Leistungsdichte). In der vergleichenden Analyse der Planungsprozessschritte lassen sich Potenziale für verstärkte Evidenzbasierung identifizieren. Dabei werden in den Planungsaktivitäten verschiedene Modalitäten von Evidenz (Implementierungswissen, Politikfeld- und Entscheidungsprozessanalysen, Wissen zu Akzeptanz und Wertvorstellungen, zum relativen Bedarf, etc.) benötigt, die auch unterschiedliche methodische Werkzeuge voraussetzen.</p>
Transparenz des Prozesses ist wesentlich	<p>Diskussion: Für die bei der Planung benötigte Evidenz müssen veröffentlichte, ebenso wie nicht publizierte, aber auch Primärstudien herangezogen werden, um eine geeignete Wissensbasis zu schaffen. Eine wissenschaftliche Reflexion von Versorgungsplanungsmethoden setzt aber deren Transparenz, d.h. Offenlegung der Planungsschritte voraus. Durch die in dieser Arbeit identifizierten Kernelemente der Planung können eigene Planungen analysiert und ggf. optimiert werden.</p>
HTA als Beitrag zur Objektivierung des Bedarfs	<p>Schlussfolgerung: Eine evidenzbasierte Vorgehensweise ist zu empfehlen. Die Verwendung von Health Technology Assessment/HTA bietet sich zur Feststellung des objektiven Bedarfes (durch die Bewertung des Netto-Nutzens), aber auch für andere Teilfragestellungen im Planungsprozess an.</p>

Executive Summary

Background: Health services planning must consider aspects of demand (incidence/prevalence and distribution of illness and health conditions) and aspects of supply (hospital services, physicians' services, location and payment of medical equipment, drugs or medical devices, nursing services). Additionally, social aspects which have an impact on health and disease must be taken into account. Economic pressures to enhance the efficiency and quality and lower the costs of health care are reasons to scrutinise traditional methods of health services planning. While it is not the aim of this work (which is based on the methodological literature on health services planning) to make general recommendations for health services planning, we aim to identify ways of increasing scientific support and evidence based practice in the process of planning.

Method: 1. Research questions were narrowed down by means of a scoping process. 2. A literature search was performed and (3.) publications containing detailed descriptions of applied planning methods (according to inclusion/exclusion criteria) were selected. 4. The methods were described and (5.) steps in planning compared. 6. The essential steps in the planning guidance analysed and the potential for using an evidence based approach to planning were discussed.

Results: Based on the 34 public health care planning documents identified, which included plans and planning methodologies, we selected 5 models for further analysis:

- ✿ The English method of „Health Care Needs Assessment“ (HCNA)
- ✿ The Australian „Community health needs assessment for health service planning“ (CHNAP)
- ✿ The American method of „Community Health Assessment and Action Planning“ (CHAAP),
- ✿ The Canadian „Population needs-based health-care resource allocation and planning“ (PoNHRAP), as well as
- ✿ The Austrian „Österreichische Strukturplan Gesundheit“ (ÖSG).

By using the analytical framework of „Health Services Planning“ (Thomas, 2003) – a strategic planning guide - core elements of the planning process can be compared. Obtaining information on the health of the population and the availability of services, as well as the evaluation of the benefit of the available health services, are important steps. The analysis also revealed that different planning methods focus on different areas (participation, prioritisation, needs assessment, public health aspects, indicator choice, and service density)

The comparative analysis also highlighted ways of intensifying the use of evidence and evidence based practice. The different planning methods use different types of evidence (knowledge of effects of implementation, analysis of policy, decision process analysis, knowledge of acceptability and values, knowledge of relative needs) and therefore require different methodological instruments.

Discussion: Published and unpublished studies are required to develop the evidence base required in planning. An objective consideration of the methods which can be used in health services planning is only possible if the

health services planning: considers demand, supply, but also social aspects

aim of the project: identification of enhancements of the planning process by using evidence

assortment and selection of planning methods, analysis of process steps and identification of needed evidence

five planning methods/planning guidance selected

analytical framework: process steps according to „Health Services Planning“ by Thomas (2003) core elements and different

ways of intensifying evidence based practice in health service planning

transparency is critical

planning steps are transparent. By using the core elements of planning identified in this review, one can analyse and – where required – optimise one's own planning.

**HTA to identify
objective need**

Recommendations: We recommend evidence based planning. Health Technology Assessment/HTA may be applied in identifying objective need (by assessing net benefit) and may be of used in other aspects of planning.

1 Einleitung

Der ökonomisch bedingte Druck auf alle Akteure des Gesundheitssystems zur Verbesserung der Effizienz, zur Steigerung der Qualität und zur Senkung der Kosten nimmt zu: Maßnahmen der Rationalisierung, die zu Einsparungen führen, werden überlegt. Bisherige, herkömmliche Handlungen und Entscheidungen, die zur derzeitigen Situation der medizinischen Versorgung geführt haben, werden hinterfragt. Eine dieser wesentlichen Handlungen in der gesundheitspolitischen Ausgestaltung der Versorgungslandschaft ist die Versorgungsplanung.

Im Rahmen der Versorgungsplanung wird versucht, den gesundheitlichen Nöten bzw. Bedürfnissen der Bevölkerung (Nachfrageseite) mit einer bedarfsgerechten Versorgungsausstattung (Angebotsseite) zu begegnen. Das gesundheitspolitische Handeln besteht somit in der Reaktion auf die Nachfrage und in der Ausgestaltung des entsprechenden Angebots.

In vielen Beispielen werden heute gängige Maßnahmen der Versorgungsplanung kritisiert. In Deutschland und Österreich etwa, aber auch in anderen Ländern läuft eine intensive Diskussion über Fehlentwicklungen durch das Fallpauschalensystem¹: Es beinhaltet den Anreiz zur Mengenausweitung, wodurch mehr Leistungen durchgeführt würden, als notwendig seien [1]. In Österreich wird kritisch diskutiert, dass eine Versorgungsplanung basierend auf Leistungsdaten diese Fehlentwicklung verstärke. Gleichzeitig kommen vom Rechnungshof oder Reformkommissionen fast jährlich Aufforderungen zur Schließung von Krankenhäusern, welche immer wieder heftige Reaktionen der Landespolitik hervorrufen. Andere Akteure wiederum beklagen Versorgungsdefizite im ambulanten Sektor, die eben durch stationäre Angebote einen Ausgleich fänden.

In dieser Arbeit gehen wir davon aus, dass eine unzureichende Planung eine beachtenswerte Rolle bei Unter-, Über- oder Fehlversorgung im Gesundheitssystem spielen kann. In einem Gutachten des deutschen Sachverständigenrates für konzertierte Aktionen [2] wurden zahlreiche Beispiele von inadäquater Versorgung aufgezählt. Die Gutachter haben dabei insbesondere versucht, die Versorgung ganzheitlich zu betrachten und nicht auf einzelne isolierte Maßnahmen abzielen. Folgende Erkenntnisse liegen im Gutachten vor:

- ✿ Das gegenwärtige System ist im Wesentlichen geprägt durch die Dominanz einer auf akute, episodenhafte und eindimensionale Krankheitsformen ausgerichteten kurativen Versorgung, einschließlich eines entsprechenden strukturellen Überversorgungsgrades.
- ✿ „Somatische Fixierung des Gesundheitssystems“: Die sozialen, psychischen, lebensweltlichen und biographischen Bezüge chronisch Kranker und ihrer Angehörigen werden oftmals nicht oder nur unzureichend berücksichtigt.

ökonomischer Druck bedingt das Hinterfragen der gängigen Praxis in der Versorgungsplanung

Versorgungsplanung ist die am Bedarf ausgerichtete Gestaltung des Angebots

Beispiele für unerwünschte Planungseffekte

Annahme, dass unzureichende Planung zur Unter-, Über- oder Fehlversorgung beiträgt

Konzentration auf Akutversorgung & Krankheitsepisoden,

lebensweltliche Bezüge von/zu Krankheit unberücksichtigt,

¹ In diesem Beispiel liegt die Annahme zugrunde, dass auch das Setzen von finanziellen Anreizen ein Mittel der Planungsgestaltung sein kann.

Perzeption des chronisch Kranken als passiven Empfänger von Behandlung, geringer Einbezug der Betroffenen, Mangel an Interdisziplinarität, etc.

- ✿ „Aktiv-/Passiv-Problematik“: Der chronisch Kranke wird als passiver Empfänger von medizinischen Leistungen betrachtet. Im Zentrum der passiven Behandlung stehen dementsprechend Reparatur, Kur und Schonung.
- ✿ unzureichende Information, Schulung und Partizipation des Patienten und seiner wichtigsten Bezugspersonen
- ✿ Mangel an interdisziplinären und flexiblen Versorgungsstrukturen
- ✿ Abweichen von Grundsätzen einer evidenzbasierten Versorgung
- ✿ inadäquate Anreizsysteme, die chronisch Kranke für die Krankenkassen und Leistungserbringer zu einem „schlechten Risiko“ machen
- ✿ unzureichende Berücksichtigung der speziellen Versorgungsbedürfnisse chronisch Kranker in der Qualifikation und Sozialisation der Gesundheitsberufe

Aspekte unzureichender Versorgung können die Themen der Versorgungsplanung determinieren

Wenn auch die Versorgungsplanung beim Zustandekommen dieser Mängel eine Rolle spielt und schon bei der Planung die Systemschwächen erkannt und ihnen entgegengetreten werden soll, ergibt sich für die Versorgungsplanung, dass neben Aspekten der Nachfrageseite (Häufigkeit und regionale Verteilung von Krankheiten bzw. von Gesundheitszuständen) und der Angebotsseite (Ausstattung des Versorgungsangebots) auch gesellschaftliche und soziale Aspekte („Wie wird Gesundheit definiert?“, „Welches Menschenbild besteht?“, „Welche Kommunikationsstrategien sind nötig?“) weitere wesentliche beeinflussende Faktoren sind.

Fokussierung auf ausgewählte Versorgungsplanungsmethoden und einzelne Aspekte im Vergleich

Im Rahmen dieser Arbeit, die von Methodenbeschreibungen in der Literatur ausgeht, ist es weniger die Intention, allgemeingültige Empfehlungen für die Versorgungsplanung zu erarbeiten, sondern Möglichkeiten aufzuzeigen, wissenschaftliche Unterstützung im Planungsprozess einzubetten. Methodische Grenzen für allgemeingültige Empfehlungen sind:

Erarbeitung von Möglichkeiten der Evidenzunterstützung im Planungsprozess

- ✿ Unterschiedlichkeit der Gesundheitssysteme,
- ✿ Unterschiedlichkeit der Geltungsbereiche,
- ✿ Unterschiedlichkeit der fachlichen oder geographischen Gliederung,
- ✿ Unterschiedliche Planungsverantwortlichkeiten und Ansätze für Planungsmaßnahmen,
- ✿ Einzigartigkeit jeder Planungsaufgabe,
- ✿ Schwierigkeit, die heterogene Menge öffentlicher Versorgungsmethoden in vergleichbare Analyseraster zu fassen, und
- ✿ dazu auch die nötigen Primärstudien nicht ausreichend vorhanden sind.

Einstieg in das Aufgabenfeld der Versorgungsplanung und Leitfaden für projektbezogene Reflexion

Dennoch gründet diese Arbeit auf der Annahme, dass durch die Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen Erkenntnissen der Versorgungsplanung und Kommunikation an Verantwortliche und Betroffene des Planungsprozesses ein gewisser Spielraum für Optimierungen geschaffen werden kann. Während die Berücksichtigung der besten Evidenz immer im Einzelfall projektbezogen erfolgen muss, können jedoch im Rahmen dieser Arbeit Wege zur Identifikation von relevanten Erkenntnissen aufgezeigt werden und Sichtweisen herausgearbeitet werden, die in der Folge als Leitfaden für weitergehende Reflexionen dienen können.

Die vorliegende Arbeit beschränkt sich auf die Fragen, welche Prozessschritte vergleichend in konkreten Planungsanleitungen ausgewählter Planungsmethoden beschrieben sind, was eine Planung zu einer „wissenschaftlich fundierten, evidenzbasierten“ Planung macht und wie mit den methodischen Möglichkeiten des Health Technology Assessments einzelnen Herausforderungen der Versorgungsplanung begegnet werden kann.

**Inhalt dieser Arbeit:
Schritte im
Planungsprozess,
Evidenzbasierung in der
Planung und Rolle von
HTA**

2 Fragestellung & Zielsetzung

Vor dem Hintergrund einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung ist aus mehreren groß angelegten Analysen

- ✿ Deutschland: Sachverständigenrat für Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen [2],
- ✿ USA: Institute of Medicine of the National Academies /IOM [3],
- ✿ Großbritannien: Wessex Institute of Public Health Medicine [4]

hervorgegangen, dass zum Status der Versorgung – insbesondere zu “unmet need”, “ineffective health care”, “inefficient health care”, “inappropriate health care” - ein dringender Informationsbedarf besteht, der als Basis für Verbesserungen dienen soll. Im deutschen Gutachten von 2001 [2] werden beispielsweise „Versorgungsbrüche, schädigende Versorgung, Mangel an Aufklärung und Entscheidungsteilhabe, sowie zahlreiche über unterschiedliche Krankheiten und Patientengruppen hinweg erkennbare Muster überholter Paradigmen und Versorgungsgewohnheiten“ bemängelt. Weiters wurde festgestellt, dass die meisten dieser Probleme von politischer aber auch von wissenschaftlicher Seite her nur punktuell thematisiert werden.

In dieser Arbeit wird daher Versorgungsplanung als ein „Schlüsselinstrument“ zur Ausgestaltung der Versorgung thematisch aufgegriffen. Informationen zum Ist-Zustand der aktuellen Versorgung (Bettenzahlen, Zahl der praktizierenden ÄrztInnen, Arzneimittelverschreibungen, erbrachte Leistungen) sowie zum notwendigen Behandlungsbedarf (auf Basis von Erkrankungsfällen in der Bevölkerung, Gesundheitsberichten und Umfragen, demografische Entwicklung, Früherkennungen) fließen in den Versorgungsplanungsprozess ein und finden bei der Entwicklung von Steuerungsmaßnahmen ihre Berücksichtigung.

Um das international etablierte Fachwissen zu ausgewählten Aspekten der Versorgungsplanung zu nutzen und zukünftige Planungen mithilfe der besten verfügbaren Evidenz zu gestalten, soll eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit ausgesuchten Methoden und Hilfsmitteln der Versorgungsplanung erfolgen. Dabei wird das theoretische Wissen zu Planungsmethoden selbst ebenso berücksichtigt wie konkrete Planungsanleitungen.

Die Weiterentwicklung und Vertiefung der Methoden der evidenzbasierten Versorgungsplanung soll in der Folge die gesundheitspolitische Planung, Organisation, Steuerung und Finanzierung unterstützen und mittel- bis langfristige Optimierungen des Gesundheitssystems fördern.

Das Projektziel besteht darin, Methoden der „Evidenzbasierten Versorgung“ und insbesondere Methoden der Versorgungsplanung (prospektive Bedarfsplanung, sowie retrospektive – am Bedarf orientierte – Versorgungsevaluationen) zu finden, zu analysieren und für die eigenen HTA-Evaluationen nutzbar zu machen.

In diesem Zusammenhang gilt es,

1. eine Auswahl von publizierten in der Praxis eingesetzte Planungsmethoden zu identifizieren und deren wesentliche Charakteristika darzustellen,

Analysen zu bedarfsgerechter & wirtschaftlicher Versorgung aus BRD, USA, GB

Forderungen an die Wissenschaft sind eine bessere wissenschaftliche Fundierung der Aktivitäten & Methodenentwicklungen & -vertiefungen

Planungsprozess: Umsetzung von Ist-Daten zu Soll-Konzepten

eine Reflexion der Planungsmethoden & von deren Kernelementen

soll Aktivitäten der Versorgungsgestaltung unterstützen

Projektziele:

verschiedene Planungsmethoden identifizieren, vergleichen, die Möglichkeit für „Evidenz“ orten, für HTA-Analysen nutzen

2. Kernelemente in den ausgewählten Versorgungsplanungsmethoden als Prozessschritte darzustellen,
3. herauszufinden und aufzuzeigen, wie im Planungsprozess evidenzbasiert vorgegangen werden kann,
4. das Methodenrepertoire von Health Technology Assessment in der Versorgungsplanung zu reflektieren.

Forschungsfragen

Dementsprechend ergeben sich folgende Forschungsfragen:

1. Welche Methoden der regionalen oder nationalen Versorgungsplanung sind im Einsatz und welche Charakteristika besitzen diese Planungsmethoden?
2. Welche Kernelemente des Planungsprozesses lassen sich identifizieren?
3. Auf welche Weise kann das Konzept der Evidenzbasierung im Planungsprozess angewendet werden?
4. Welchen Beitrag kann Health Technology Assessment für die Versorgungsplanung leisten?

3 Grundlagen & Definitionen

3.1 Entwicklung von modernen öffentlichen Gesundheitssystemen

Die WHO beschreibt im Gesundheitsbericht 2000, wie sich „moderne“ Gesundheitssysteme in den letzten ca. 100 Jahren von Beginn an entwickelt haben [5]. Am Ende des 19. Jahrhunderts kam es durch die industrielle Revolution zu großen gesellschaftlichen Umwälzungen. In dieser Zeit wurde erkannt, dass krankheitsbedingte Ausfälle von Arbeitskräften großen wirtschaftlichen Schaden verursachen. Daneben mussten auch Militärs große Ausfälle (neben direkten Kriegsverlusten) durch erkrankte Soldaten hinnehmen. Mit der Entdeckung der Ursachen (Infektionswege, Hygienemaßnahmen) entstanden erste Ansätze zur hoheitlichen Erbringung von Gesundheitsdiensten. Im gleichen Zeitraum wurde der Schutz der Gesundheit von ArbeiterInnen in Europa Alltag und auch zum politischen Thema. So entstanden in Deutschland zur Zeit des damaligen Reichkanzlers Bismarck (1883) erstmals Krankenkassen bzw. ein Sozialversicherungssystem. Das Sozialversicherungsmodell „Bismarck“ weitete sich nach dem 1. Weltkrieg auf verschiedene andere Staaten aus. Nach dem 2. Weltkrieg entstand in Großbritannien aus einem nationalen Dienst zur Versorgung von Kriegsoptionen, mit der Unterzeichnung des Beveridge-Reports, der Nationale Gesundheitsdienst (National Health Service/ NHS). In diesem Report wird die Gesundheit der Bevölkerung als Grundpfeiler eines sicheren Sozialstaates angesehen. Im Beveridge-System erfolgt der Hauptteil der Finanzierung des Gesundheitswesens direkt aus Steuereinnahmen. Im Gegensatz dazu ist bei den Bismarck-Systemen die Sozialversicherung „Vermittlerin“ zwischen LeistungsempfängerInnen und LeistungserbringerInnen.

In der Zeit danach wechselten einander drei Generationen von Reformen in den Gesundheitssystemen [5] ab. In der ersten Generation entstanden nationale Gesundheitssysteme (ca. 1940-1950), deren Finanzierung sich aber Ende 1960 - hauptsächlich auf Grund hoher Spitalskosten – als problematisch herausstellte. Da schließlich auch erkannt wurde, dass eine Vielzahl der Fälle statt in den Krankenhäusern auch vor Ort hätte behandelt werden können, wurde in der zweiten Generation von Reformen die Primärversorgung stärker in den Vordergrund gerückt. So wurde eine gut funktionierende Primärversorgung² als geeignete Strategie zur Erreichung einer universalen Deckung von Gesundheitsbedürfnissen betrachtet. In der Praxis zeigten sich jedoch auch hier bald Einschränkungen. Die Versorgungsqualität war unzureichend („primitive care“ rather than „primary care“ [5]) und es wurde vielfach kritisiert, dass die Bedürfnisse der Menschen zu wenig berücksichtigt wurden. So kam es zu weiteren Reformbestrebungen.

erste Nationale/öffentliche Gesundheitssysteme entstehen gegen Ende des 19. Jahrhunderts

2 systemische Ansätze:

**Bismarck-System
Beveridge-System**

3 Reformschübe nach der Einführung von öffentlichen Gesundheitssystemen:

Spitalskosten & unzureichende Versorgungsqualität als Ausgangspunkt für weitere Reformen

² Der Begriff der Primärversorgung wird unterschiedlich definiert und wahlweise für den ersten Kontakt mit dem Gesundheitssystem, eine medizinische Grundversorgung oder Maßnahmen der Primärprävention eingesetzt.

**„New Universalism“:
Qualitätssicherung der
Versorgung**

Die dritte Generation von Gesundheitsreformen fällt in eine Phase, die von der WHO als „New Universalism“ bezeichnet wird. Der „New Universalism“ legt die Betonung auf „qualitätsvolle und angemessene Versorgung des essentiellen Bedarfes“, der zumeist anhand der Kostenwirksamkeit definiert wird [5]. Dabei soll weder die ärmste Bevölkerungsgruppe nur eine Basisversorgung erhalten, noch soll alles medizinisch Machbare für die gesamte Bevölkerung erstrebt werden.

**Maßnahmen mit ge-
ringen Kosten aber
großer Wirkung**

Diese Reformphase wird von mehreren Phänomenen begleitet. Typisch sind breit angelegte Maßnahmenpakete, die sich häufiger gesundheitlicher Anliegen unter Einsatz möglichst geringen Aufwendungen annehmen („Good health at low cost“), häufig auch verbunden mit Priorisierungen. Kennzeichnend für diese Reformphase ist weiters die Sicherstellung der Finanzierung der Versorgung durch Regionen, den Staat und dessen Verwaltung oder national Institutionen, wobei die Leistungserbringung jedoch durch verschiedene Träger erfolgt. Damit verbunden ist die Entstehung von Interventions- oder Leistungskatalogen, die definieren, welche Maßnahmen gedeckt werden. Schließlich fällt in diese Reformphase auch die ideologische Entwicklung von einer umfassenden staatlichen Steuerung zu einer mehr marktgesteuerten bzw. selbstregulierenden Form. Dazu zählt auch eine vermehrte individuelle Entscheidungsteilhabe und Selbstverantwortung. Eine zentrale Rolle spielen dabei nach wie vor die AllgemeinmedizinerInnen, die eine „Gate-Keeper“-Funktion [5] einnehmen. Sie sollen bei den individuellen Behandlungsentscheidungen weiterreichende Ressourcenimplikationen im Auge behalten. Formalisiert wurde diese Rolle zum Beispiel durch das „Fund holding“ in Großbritannien oder „Health Maintenance“ Organisationen/HMO in den USA. Letztendlich gewinnen auch die Sozialversicherungen eine wichtigere Rolle, da sie zum Teil das Entstehen von ÄrztInnen-PatientInnen-Konsultationen kontrollieren.

**Einfluss der Gesund-
heitspolitik vermehrt
über Leistungskataloge**

**Rolle der Allgemein-
medizinerInnen als
„Gate-Keeper“**

**Zunahme des Einflusses
von Sozial-
versicherungen**

Im Verständnis der Gesundheitsversorgung, das durch den „New Universalism“ charakterisiert wird, sollen auch die in dieser Arbeit aufgegriffenen Konzepte der „optimalen“ öffentlichen gemeinwohlorientierten Versorgung betrachtet werden und die Basis der methodischen Aspekte der Versorgungsplanung bilden.

3.2 Geleistete Versorgung & Versorgungsbedarf: Begriffe, Definitionen

**Definitionen von Ver-
sorgungsbedarf &
Grenzen für die Deck-
ung von Bedürfnissen
mit öffentlichen Geldern**

Eine grundlegende Weichenstellung für alle nachfolgenden Aktivitäten der Planung und Implementierung von Versorgungsmaßnahmen ergibt sich aus der Übereinkunft darüber, was mit „Versorgungsbedarf“ gemeint ist. So stellt sich die Frage, wo die Grenzen für die Deckung von Bedürfnissen sind, die von der Allgemeinheit getragen werden und jenen, die aus der eigenen Tasche finanziert werden müssen.

Wie wirksam, praktikabel oder kosteneffektiv muss eine medizinische Leistung sein, um einen Versorgungsbedarf zu proklamieren?

Wie erkrankt, beeinträchtigt oder benachteiligt muss eine Person sein, dass sie Hilfestellung durch das Gesundheitssystem erlangt?

Die Grenzziehung erscheint noch schwieriger, wenn mitberücksichtigt wird, welche Position und Perspektive einzelne InteressenvertreterInnen wie beispielsweise die Betroffenen (Erkrankte und Angehörige) oder die VertreterInnen der medizinischen Professionen und deren Standesvertretungen dazu einnehmen. Zu den weiteren MitspielerInnen zählen PolitikerInnen, Kostenträger (Krankenanstalten und Sozialversicherungen), aber auch VertreterInnen der Industrie oder anderer Lobbys. Auf Grund der jeweiligen Eigeninteressen versuchen alle diese Gruppen naturgemäß die Grenzen des Versorgungsbedarfs in ihrem Sinne auszuweiten.

Im Rahmen des verantwortungsvollen gesundheitspolitischen Handelns muss es dennoch eine - wenn nicht explizite, dann zumindest implizite Vorstellung von einer „optimalen Versorgung“ geben. Daher werden im folgenden Kapitel unterschiedliche damit im Zusammenhang stehende Definitionen bzw. Modelle dargestellt.

3.2.1 Deutschland: Begriffsmodell für „Bedarfsgerechte Versorgung“

Das bundesstaatliche Gremium „Sachverständigenrat für konzertierte Aktionen im Gesundheitswesen“ (heute: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) veröffentlichte im Jahr 2001 ein Gutachten [2], das die Begriffe „Subjektiver Bedarf“, „Objektiver Bedarf“, „Objektiver Behandlungsbedarf“, „geeignetes Verfahren“, „gesicherter Nutzen“, „Wirtschaftliche Versorgung“, „Bedarfsgerechte Versorgung“, „Überversorgung“, „Unterversorgung“, „Fehlversorgung“ zu definieren suchte und erläuterte. Hintergrund des Gutachtens war der gesetzliche Auftrag, die Kranken- und Gesundheitsversorgung in Deutschland multidisziplinär zu untersuchen und zu bewerten.

Diese Multidisziplinarität ermöglichte es, Handlungsbedarf auch in jenen Versorgungsbereichen zu identifizieren, die bisher in einer Bewertung der Gesamtleistung des Versorgungssystems noch wenig Platz gefunden hatten. Ein Fokus des Gutachtens zur „Unter-, Über- und Fehlversorgung“ lag dabei insbesondere in der Betrachtung von Leistungen, die über Zuständigkeitsgrenzen hinweg erfolgen.

naturgemäß unterschiedliche Perspektiven auf „Bedarf“

Gutachten des Sachverständigenrats für konzertierte Aktionen im Gesundheitswesen beschäftigte sich mit Definitionen

ein multidisziplinärer Ansatz ist für die Bewertung der Gesamtleistung des Versorgungssystems notwendig

Wie in Abbildung 3.2-1 zu sehen ist, bilden mehrere Einflussfaktoren den Bedarf an Versorgung. Neben dem „subjektiven Bedarf“, der dem individuellen Wunsch für eine bestimmte Behandlung entspricht, ist der „objektive Bedarf“ (objektiv gemessene Gesundheitszustand) wesentlicher Bestandteil

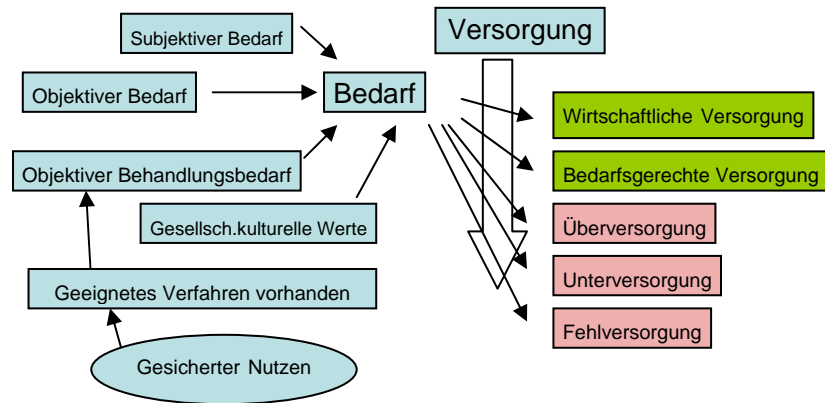


Abbildung 3.2-1, Deutsches Begriffskonzept für Bedarf und Versorgung

**Behandlungsbedarf
hängt von Behand-
lungsmöglichkeiten &
soziokulturellen Werten
ab**

des Bedarfs. Im Konzept „objektiver Behandlungsbedarf“ wird die Frage der Machbarkeit mitberücksichtigt. Damit „objektiver Behandlungsbedarf“ vorliegt, muss eine potentielle Behandlungsmöglichkeit existieren. Zusätzlich wird der hier definierte Bedarf auch von soziokulturellen Werten beeinflusst, die im Sinne einer Modulierung (zum Beispiel im Rahmen einer Priorisierung) den Bedarf an Versorgung mit prägen. Eine Steigerung der bedarfsgerechten Versorgung ist die (hier so genannte) „wirtschaftliche Versorgung“, bei der die Bedarfsdeckung auch unter optimalem Ressourceneinsatz erreicht wird.

Eine unzureichende Versorgung kann darin bestehen, dass das Versorgungsangebot den Bedarf übersteigt (Übersorgung), oder den Bedarf nicht deckt (Unterversorgung). Fehlversorgung liegt dann vor, wenn durch die Versorgung ein vermeidbarer Schaden entsteht. Alle Begriffe sind in Tabelle 3.2-1 dargestellt.

Tabelle 3.2-1: Begriffsdefinitionen aus [2]

Subjektiver Bedarf	subjektiver Wunsch bzw. Präferenzen eines Individuums für eine Behandlung oder Versorgung, das die entsprechenden Leistungen auch in Anspruch nehmen will; dabei ist der so genannte „Latente Bedarf“ (Nachfrage, bei der die Nutzung durch verschiedene Gründe verhindert wird) nicht mit eingeschlossen
Objektiver Bedarf	Der objektive Bedarf ist jener Bedarf, der sich durch die objektive Feststellung einer Krankheit oder einer Behinderung ergibt
Objektiver Behandlungsbedarf	Bedarf, der durch das Vorhandensein von geeigneten Behandlungsverfahren und Einrichtungen auch gedeckt werden kann (Diese Definition entspricht dem Konzept der „Ability-to-benefit“, das im englischsprachigen Raum [6, 7] zur Anwendung kommt.)
Geeignetes Verfahren	Verfahren oder Einrichtungen mit hinreichend gesichertem Nutzen (Gesundheitlicher Nettonutzen)
Gesicherter Nutzen	Nutzen, der durch wissenschaftliche bzw. professionelle Urteile beschrieben ist; Kriterien sind Gesundheitsstatus und Lebensqualität
Bedarfsgerechte Versorgung	Die Versorgung ist bedarfsgerecht, wenn sie den objektiven Behandlungsbedarf erfüllen kann.
Wirtschaftliche Versorgung	Eine Versorgung ist wirtschaftlich, wenn sie bedarfsgerecht ist und zusätzlich auch mit minimalen Kosten erfolgt.
Überversorgung	Versorgung mit Leistungen, die über den Bedarf hinaus gehen oder keinen ausreichend nachgewiesenen Netto-Nutzen aufweisen
Unterversorgung	teilweise oder gänzliche Verweigerung einer Versorgung trotz anerkannten Bedarfs und Verfügbarkeit entsprechender Leistungen
Fehlversorgung	Versorgung, durch die vermeidbarer Schaden entsteht

3.2.2 Großbritannien: Begriffsmodell aus dem Health Care Needs Assessment

Epidemiologie & Wirksamkeit der Maßnahme sind maßgeblich

Das in Großbritannien 1996 veröffentlichte Health Care Needs Assessment/HCNA [4] befasste sich ebenfalls mit der Konzeption des Versorgungsbedarfes. HCNA wird auch als „Epidemiologischer Ansatz“ bezeichnet. Das rührt daher, dass die epidemiologischen Daten zum Bevölke-

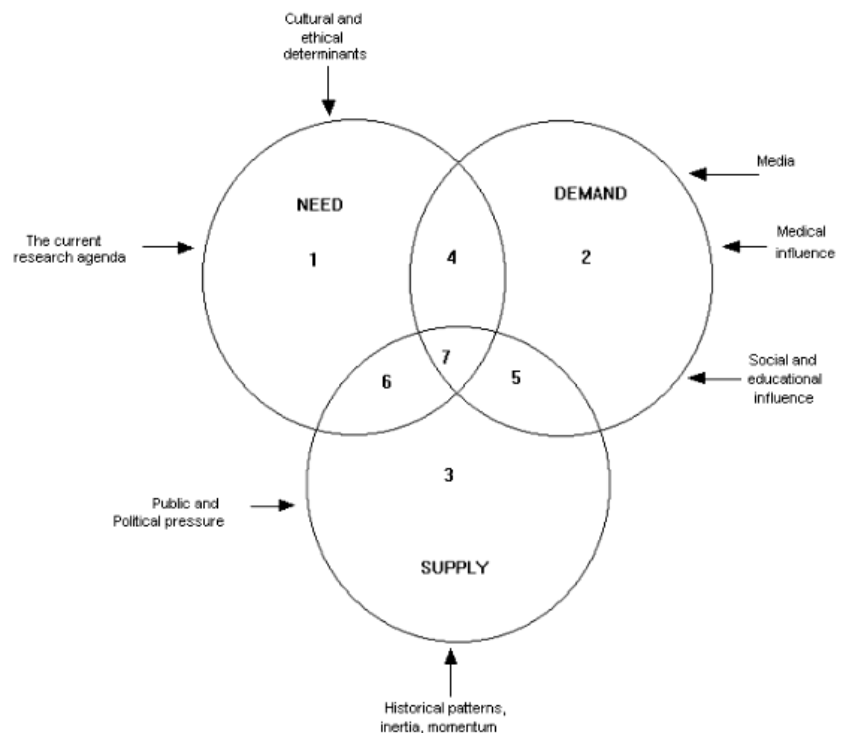


Abbildung 3.2-2, *Englisches „Needs“-Modell* [4]

rungszustand die prägende Rolle im Modell spielen. HCNA erfolgt jeweils anhand von Erkrankungsgruppen. Die Methode des Health Care Needs Assessment wird in Kapitel 5.1 detailliert ausgeführt.

Bedarf durch „ability to benefit“ definiert

Das vorgestellte „Needs-Modell“ definiert den Bedarf aus der Perspektive von Entscheidungsträgern, sowie Akteuren, die für Priorisierungen und den Erwerb von Gesundheitsdiensten verantwortlich sind. Bei der Definition des Bedarfes („Need“) wird eine grundsätzliche Festlegung gemacht: Der Bedarf (für den die Gemeinschaft aufkommen soll) kann nur jene Bedürfnisse umfassen, für die auch ein geeignetes Behandlungsverfahren vorhanden ist – ein Verfahren, das also die „ability to benefit“ [6, 7] besitzt. Die zweite Determinante des Bedarfs ist die Inzidenz bzw. Prävalenz von Erkrankungen.

Begriffe wie Bedarf, Nachfrage & Angebot sind unscharf & hängen von vielen Faktoren ab:

Der Bedarf (im Sinne eines Handlungsbedarfs für die Akteure des Sozialsystems) hängt mit dem Angebot und der Nachfrage zusammen, wie aus der Abbildung 3.2-1 ersichtlich ist. Während die Nachfrage insbesondere von Medien und sozialen - wie bildungstechnischen - Faktoren beeinflusst wird, beeinflussen historische Muster und Veränderungsträgheit, aber auch andere Mechanismen das Angebot. Der Bedarf wird seinerseits vom Stand der Wissenschaft und von kulturellen sowie ethischen Faktoren bestimmt. Es ist

allerdings festzuhalten, dass sich der Bedarf in diesem Begriffsmodell wesentlich von Angebot und Nachfrage unterscheidet.

Auch im Needs-Modell von Großbritannien werden die multidisziplinären Komponenten, die den Versorgungsbedarfs ausmachen oder beeinflussen, erkennbar. So ist der Bedarf weder alleine von der Nachfrage bestimmt, noch kann der Bedarf nur aus dem bestehenden Angebot abgeleitet werden. Die Determinanten des Bedarfes sind von Werten, gesellschaftlichen Übereinkünften und Praxismustern mitbestimmt.

**etwa von Werten,
gesellschaftlichen
Übereinkünften &
Praxismustern**

3.3 Versorgungsplanung - Begriffsbestimmungen

allgemeine Definition von Planung	Die folgende Definition des Begriffs Planung ist aus der Online-Version von Meyers Lexikon [8] entnommen.
gedankliche Vorwegnahme der Wege zur Zielerreichung	<i>Planung, die gedankliche Vorwegnahme der Mittel und Schritte sowie deren Abfolge, die zur effektiven Erreichung eines Zieles notwendig scheinen. Im umfassenderen Sinne meint Planung den geistigen, dann auch organisatorisch und institutionell ausgeformten Vorgang, durch Abschätzungen, Entwürfe und Entscheidungen festzulegen, auf welchen Wegen, mit welchen Schritten, in welcher zeitlichen und organisatorischen Abfolge, unter welchen Rahmenbedingungen und schließlich mit welchen Kosten und Folgen ein Ziel erreichbar erscheint. Die Notwendigkeit, angesichts knapper Ressourcen und Zeit Entscheidungen zu treffen und vorhandene Bedürfnisse zu befriedigen, macht Planung ebenso erforderlich wie die Zukunftsunsicherheit und die Unübersichtlichkeit von Umweltbedingungen und Nebenfolgen eines jeden Handelns. Sie ermöglicht die Verringerung von Komplexität und soll so die für Entscheidungen, Handeln und Daseinsvorsorge notwendige Stabilität, Sicherheit und Vorausschau gewährleisten.</i>
Notwendigkeit aufgrund von Ressourcenknappheit & Komplexität	
Zukunftsgestaltung	
Handlungssicherheit	
Definition von Versorgungsplanung	Der englische Begriff „Health planning“ (deutsch: Versorgungsplanung) ist im medizinischen Beschlagwortungs-Thesaurus MeSH (Medical Subject Headings) der National Library of Medicine (NLM) bzw. im Portal des National Center for Biotechnology Information (NCBI) definiert und bedeutet:
im Beschlagwortungs-thesaurus des NCBI der NLM	„Planning for needed health and/or welfare services and facilities.“[9]
MeSH-Begriff „Health planning“	Neben der Definition des Begriffes geben auch die weiteren Subkategorien des Begriffs „Health planning“ im MeSH-Tree Aufschluss darüber, was alles mit diesem Begriff betitelt werden kann. Die Subkategorien des MeSH-Begriffs „Health planning“ (vgl. Tabelle 3.3-1) lauten:
	<ul style="list-style-type: none"> ✿ Priorisierung der Gesundheit(sversorgung) ✿ Rationierung der Gesundheitsversorgung ✿ Reform der Gesundheitsversorgung ✿ Ressourcen der Gesundheit(sversorgung) ✿ ExpertInnenunterstützung bei der Versorgungsplanung ✿ Versorgungsplanungsleitfäden ✿ Versorgungsplan-Implementierung ✿ Versorgungsforschung (Surveys, Bedarfs- und Nachfrageforschung, Fallstudien zu Versorgungsinstitutionen) ✿ Nationale Gesundheitsprogramme ✿ Regionale Gesundheitsplanung

Tabelle 3.3-1, MeSH Tree von "Health planning"

Health Planning
Health Priorities
Health Care Rationing
Health Care Reform
Health Resources
Health Planning Technical Assistance
Health Planning Guidelines
Health Plan Implementation
Health Services Research
Health Care Surveys
Health Services Needs and Demand
Needs Assessment
Organizational Case Studies
National Health Programs
National Health Insurance, United States
Single-Payer System
Regional Health Planning
Catchment Area (Health)
Certificate of Need
Community Health Planning
Health Facility Planning +
Health Systems Plans
Medically Underserved Area
Regional Medical Programs
State Health Plans

Das MeSH-Vokabular versammelt unter dem Begriff „Versorgungsplanung“ vielfältige Aufgaben der öffentlichen Gesundheits- und Wohlfahrtsversorgung und lässt erahnen, dass diese Systematik bereits viele Adaptierungen hinter sich hat.

Eine weitere Definition von „Versorgungsplanung“ findet sich in der Monographie „Health Services Planning“ [10], wo der Begriff folgendermaßen definiert wird:

“Health services planning is a process that appraises the overall health needs of a geographic area or population and determines how these needs can be met in the most effective manner through the allocation of existing and anticipated future resources.” [10]

Diese Definition gilt - aufgrund der geografischen bzw. bevölkerungsbezogenen Ausrichtung - hauptsächlich für die Planung auf Verwaltungsebenen außerhalb einzelner Organisationen bzw. Gesundheitseinrichtungen.

Im vorliegenden Projektbericht stellt genau diese regionale oder nationale Versorgungsplanung den Mittelpunkt des Forschungsinteresses dar, wobei von einem solidarischen Gesundheitssystem, in welchem jeder einzelne Teilnehmer das Anrecht auf eine, dem medizinischen Standard entsprechende, Gesundheitsversorgung hat (vgl. WHO Konzept „New Universalism“ [5]) ausgegangen wird. Die privat finanzierten Bereiche des Gesundheitssystems, in denen die PatientInnen die Leistungen weitgehend selber tragen (z.B.: Leistungen die über Privatversicherungen gedeckt werden oder individuell konsumierte Gesundheitsprodukte) sind dementsprechend nicht Teil der Betrachtung.

**Definition von
„health services
planning“**

**regionale & nationale
Planungen, nicht
institutionelle**

**diese Arbeit thematisiert
die Versorgungsplanung
der regionalen,
nationalen Ebene in
einem gemeinwohl-
orientierten/öffentli-
chen Gesundheitssystem**

Im Sinne der bisherigen Ausführungen wird der Begriff „Gemeinwohlorientierte öffentliche Versorgungsplanung“ wie folgt definiert: Versorgungsplanung, die auf einer regionalen oder nationalen Ebene angesiedelt ist, dem Gemeinwohl dient und aus Mitteln der Gemeinschaft finanziert wird.

3.4 Planungsrealität: rationale Planung vs. inkrementelle Strategien

**das Ausmaß von
Planungsaktivitäten
kann variieren**

Wie systematisch auf regionaler/nationaler Ebene bzw. im Rahmen der gesundheitspolitischen der Gesundheitsversorgungsplanung tatsächlich vorgegangen wird, kann erheblich variieren - von nicht sichtbarer Planung bis hin zur „Überplanung“. Das „Ausmaß“ an Planung wird in einer wissenschaftlichen Evaluation [11] der britischen Methode des Health Care Needs Assessments diskutiert. EntscheidungsträgerInnen, die in die Steuerung des Solidarsystems involviert sind, sind in der Anwendungsrealität oft zu raschen pragmatischen Handlungen gezwungen („provide answers now“ [12, S. 878]), dennoch sind für längerfristige und komplexe Anwendungsfelder in der Gesundheitsversorgung Planungen unerlässlich. Vor diesem Hintergrund eröffnet sich ein Spektrum an Planungshandlungen, die in ihrem Umfang von der - manchmal als Salami-Taktik bezeichneten - Strategie der unkoordinierten kleinen Schritte („disjointed incrementalism“) bis zum „Rationalen Planungsmodell“ reichen.

**Strategie der unkoor-
dinierten Einzelschritte**

Unter Salami-Taktik wird dabei eine Vorgangsweise verstanden, in der kurzfristig auf eine aktuelle Problematik reagiert wird, ohne längerfristige Entwicklungen oder Einflussfaktoren zu berücksichtigen. Diese Strategie kann zwar einen Aktionsstillstand verhindern, führt jedoch längerfristig meist zu einer Kumulation der Probleme.

**rationales Planungs-
modell**

Im rationalen Planungsmodell wird dagegen streng nach Prinzip vorgegangen:

1. Definition des Problems und der Zielsetzung;
2. Auswahl einer geeigneten Methode für das weitere Vorgehen;
3. Erstellung eines Plans;
4. Umsetzung des Plans und
5. abschließende Evaluierung.

Das rationale Planungsmodell erweist sich jedoch oft als praxisuntauglich, da sich Probleme und Herausforderungen ständig verändern und oft auch nicht die nötigen Datengrundlagen und Ressourcen vorhanden sind. In der Praxis kommt es daher meist zu einer Mischung aus (prospektiv) rationaler und retrospektiv beschreibender Planung sowie unreflektierten Ad hoc-Entscheidungen.

3.5 Qualitätsorientierte Versorgungsplanung

In der Versorgungsplanung stellen die verschiedenen Ansätze zur Qualitätssicherung und -verbesserung der Gesamtversorgung eine bedeutende Entwicklung dar. Eine „optimale“ Versorgung wird dabei mit Methoden des Qualitätsmanagements zu erreichen versucht. Unter dem Stichwort „Versorgungsqualität“ ist in den letzten 10-20 Jahren die Entwicklung von Indikatoren und Indikatorensystemen als Messinstrumente weit vorangetrieben worden [13-18]. Ein aktuelles Beispiel ist die Qualitätsberichterstattung der deutschen Krankenhäuser [19], die einen umfassenden Einblick in die Versorgungssituation des Landes durch die Krankenanstalten geben. Aber auch im niedergelassenen Bereich [20] bekommt das Qualitätsmanagement zunehmend eine wichtigere Rolle.

Typische Dimensionen einer qualitätsorientierten Betrachtung der geleisteten Versorgung sind die Analyse der Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität [21]. Für die Versorgung von SchlaganfallpatientInnen kann beispielsweise anhand der Messung der Strukturqualität die Situation der Versorgung mit Stroke-Units beschrieben, durch die Erhebung der Prozessqualität die Güte der Einlieferungslogistik oder der diagnostische Weg dargestellt und als Ausdruck der Ergebnisqualität - neben patientInnenrelevanten Outcomes - auch versorgungstechnisch relevante Informationen (wie Zahlen zu durchgeführten Maßnahmen oder Einsatzstunden) gewonnen werden. All diese Ergebnisse sind für die weitere Versorgungsplanung relevant.

Das Qualitätsmanagement stellt nicht nur für die Betrachtung der Qualität des Versorgungsangebots, sondern auch für die Beurteilung der Qualität der Inanspruchnahme/Nutzung durch die Nachfragenden ein wichtiges Werkzeug dar. Beide Seiten greifen im qualitätsorientierten Ansatz stark ineinander über. Da Qualitätsarbeit meist in einer zyklischen Form angeordnet ist („Qualitätszyklen“), sind Brücken zwischen Nachfrage- und Angebotsseite sowie Feedbackschleifen (zum Beispiel Feedback aus Qualitätssicherungsregistern [22]) vorhanden. Die Verbesserung der Versorgung erfolgt somit kontinuierlich und iterativ.

Zur Überprüfung der Qualität sind auf übernationaler und nationaler Ebene, aber auch auf institutioneller Ebene zahlreiche Indikatorensets entstanden [13-18, 23]. Einrichtungen, aber auch Regionen oder Nationen, lassen sich dadurch vergleichen. Die Bedeutung der Indikatoren-Sets liegt darin, dass sie gesellschaftlich-sozial oder institutionell definierte Zielsetzungen messen [24]. Das ist nötig, wenn keine absoluten Ziele definiert werden können, wie dies in vielen gesundheitspolitischen Anwendungsfeldern der Fall ist. So kann die Soll-Zahl der Ausbildungsstellen von KrankenpflegerInnen in einem Land beispielsweise kaum von Mortalitäts- oder Morbiditätsraten abgeleitet werden, sondern muss sich an der Erfahrung und dem gesellschaftlichen/politischen Konsens orientieren. Auf Indikatoren der Qualitätsarbeit basieren nicht zuletzt auch Evaluationen von Planungsprozessen und Projekten.

Dementsprechend können Daten aus Qualitätsprojekten wichtige Hinweise für die Versorgungsplanung liefern. In Schweden sind Nationale Qualitätsregister [25] beispielsweise wesentliche Ausgangspunkte für Gesundheitspolitik und Versorgungsplanung.

verwandtes Thema:
Versorgungsqualität

auf der Angebotsseite werden die Struktur, der Prozess und das Ergebnis beleuchtet

Angebotsseite und Nachfrageseite liegen in qualitätsorientierten Ansätzen enger beieinander

Qualitätsindikatoren sind die Messpunkte bei qualitätsorientierten Ansätzen

Daten aus Qualitätsprojekten sind wichtig für die Versorgungsplanung

Tabelle 3.5-1 zeigt ein Set von Qualitätsdimensionen, bei denen sich zeigt, wie bei einer qualitätsorientierten Betrachtung Aspekte der Angebots- und Nachfrageseite miteinander verbunden sind.

Tabelle 3.5-1, Qualitätskriterien der Versorgung [24]

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Safe</i>: avoiding injuries to patients from the care that is intended to help them.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Effective</i>: providing services based on scientific knowledge to all who could benefit, and refraining from providing services to those not likely to benefit.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Patient-centered</i>: providing care that is respectful of and responsive to individual patient preferences, needs, and values, and ensuring that patient values guide all clinical decisions.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Timely</i>: reducing waits and sometimes harmful delays for both those who receive and those who give care.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Efficient</i>: avoiding waste, including waste of equipment, supplies, ideas, and energy.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Equitable</i>: providing care that does not vary in quality because of personnel

3.6 Evidenzbasierte Praxis – vom klinischen Anwendungsbereich zum Einsatz auf regionaler/ nationaler Ebene

Das Prinzip „Evidenzbasierte Praxis“ (EBP) soll im Zusammenhang mit Fragen der Behandlung von PatientInnen – also bei Interaktionen zwischen Ärztinnen/Ärzten und PatientInnen – eingesetzt werden und gilt als Goldstandard des klinischen Handelns. Daneben wird auch bei gesundheitspolitischen bzw. Public Health-Maßnahmen zunehmend das Prinzip der Evidenzbasierung eingefordert bzw. gepflegt. Rezente evidenzbasierte Evaluationen am Ludwig Boltzmann Institut HTA liefern zahlreiche Beispiele dafür: So wurden etwa die Frage der Finanzierung einer nationalen HPV-Impfung bearbeitet [26], die Rolle von Universitätsambulanzen in der Versorgung evaluiert [27] sowie Formalismen und Entscheidungsprozesse für die Aufnahme bzw. Entfernung von Leistungen in/aus nationalen Leistungskatalogen analysiert [28]. In diesen Beispielen liegt die gesundheitspolitische Entscheidung nicht auf jener Ebene, auf der die direkte Interaktion mit PatientInnen erfolgt, sondern auf einer übergeordneten Ebene und gehört in den Bereich der gemeinwohlorientierten öffentlichen Gesundheitsversorgung.

Da eine Definition der „Evidenzbasierung“ für Fragen der gemeinwohlorientierten öffentlichen Versorgung auch in dieser Arbeit erforderlich ist, werden im Folgenden – beginnend mit einer Darstellung des Konzepts der „Evidenzbasierten Praxis“ im klinischen Handeln – Konzepte der Evidenzbasierung für Fragestellungen der gemeinwohlorientierten bzw. Public Health Versorgungsebene beschrieben.

Evidenzbasierung in Systemfragestellungen: „Evidence based public health“ & „evidence based decision making“

rezente Projekte am LBI-HTA dokumentieren das Interesse an evidenzbasierten Evaluationen auf der regionalen und nationalen Ebene

Konzepte der Evidenzbasierung bei öffentlichen/gemeinwohlorientierten Aktivitäten

3.6.1 Evidenzbasierte Praxis („Evidence-based practice“) im klinischen Handlungsbereich

„Evidenzbasierte Praxis“ (EBP) wird von Sacket et. al. durch fünf essentielle Schritten charakterisiert [29]:

1. Informationsbedarf in beantwortbare Fragen übersetzen
2. möglichst effizientes Aufspüren der besten Evidenz zur Beantwortung dieser Fragen
3. ihre Validität und Nützlichkeit kritisch bewerten
4. die Ergebnisse dieser Bewertung in die klinische Praxis umsetzen
5. die eigene Leistung bewerten

Definition der fünf Schritte evidenzbasierter Praxis für klinisches Handeln

Diese Definition bezieht sich auf klinisches Handeln. Das Konzept gilt also primär für VertreterInnen der medizinischen Profession im Zusammenhang mit dem unmittelbaren (Be-)handeln von/an PatientInnen oder der Entwicklung klinischer Leitlinien. Evidenzgrundlage bilden dabei meist randomisierte, kontrollierte Studien zur Wirksamkeit und Sicherheit von Therapieformen und Untersuchungsmethoden. In welchem Umfang dieses Konzept für Fragen der gemeinwohlorientierten öffentlichen Versorgung eingesetzt werden kann, wird diskutiert, da eine direkte analoge Anwendung dieses in der klinischen Praxis stark befürworteten Konzepts bei Systemen-

in der regionalen oder nationalen Ebene des Gesundheitssystems muss das klinische Konzept der Evidenzbasierung angepasst bzw. modifiziert werden

scheidungen im Gesundheitswesen nur in Einzelbereichen bzw. unter entsprechender Modifikation möglich zu sein scheint.

3.6.2 Grenzen der analogen Übernahme des EBP-Konzepts

Gründe für ein adaptiertes EBM Konzept	Jackson et. al [30] führen Faktoren an, weshalb der klinische Ansatz der Evidenzbasierung (Anm.: Bezug nehmend auf die Definition von Sacket et. al. 1995 [31]) bei „Interventionen“ in der regionalen/nationalen Ebene des Gesundheitssystems nicht direkt anwendbar ist:
kein methodischer Goldstandard vorhanden	✿ kein allgemein akzeptierter methodischer Goldstandard (in Analogie zur RCT im klinischen Bereich) für Effektivität und Kosten bei Interventionen der regionalen oder nationalen Ebene („community-level interventions“) vorhanden
zu wenige Primärstudien	✿ Mangel an Daten bzw. Primärstudien über Interventionen in der regionalen und nationalen Ebene (vgl. auch Wanless et. al. [32])
heterogene Zusammensetzung von EntscheidungsträgerInnen und Abgelöstheit von den Folgen	✿ zahlreiche EntscheidungsträgerInnen in unterschiedlichen organisatorischen Ebenen bzw. Einrichtungen, die zum Teil konträre Interessen einbringen, dabei aber oft mit den Folgen ihrer (unvorteilhaften) Entscheidungen nicht konfrontiert sind, da diese selten zu Nachteilen für die Institutionen selbst führen, sondern direkt die PatientInnen bzw. die Gesellschaft als Finanzier treffen
positive Rückkoppelung eines Effekts an Initiatoren geht verloren	✿ Ebenso fließen Vorteile oder Ersparnisse von effektiven Maßnahmenpaketen oft nicht an jene Organisationen zurück, die den Aufwand der Implementierung hatten, was insbesondere für Interventionen gilt, die erst auf lange Sicht wirksam werden.
tatsächliche Kostensenkung unbestätigt	✿ Die Annahme, dass systemweite Maßnahmen tatsächlich auch die Kosten des Gesundheitssystems senken ist – genau genommen – unbestätigt.
keine gut beschriebenen Sachverhalte	✿ Oft dienen nicht klar definierte „Probleme“, sondern nur generelle Bestrebungen (zum Beispiel: „Es gut zu machen“, „Die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern“, „Es effizient zu machen“) als Ausgangspunkte.
evidenzbasierte Politik als Rarität	✿ Führungskräfte haben die Idee einer evidenzbasierten Entscheidungsfindung noch zu selten aufgegriffen.

Wegen diesen Limitationen ist es notwendig, ein adaptiertes Konzept der Evidenzbasierung zu skizzieren.

3.6.3 Evidenzbasierung bei öffentlichen Gesundheitsmaßnahmen – ein adaptiertes Konzept

Von Jackson et. al. [30] werden vor dem Hintergrund der beschriebenen Limitationen sechs Grundprinzipien für evidenzbasiertes Entscheiden bei Maßnahmen im Gesundheitssystem präsentiert, die von den „Evidence-based Medicine“-Prinzipien von Sacket et. al. [31] abgeleitet sind.

- ✿ Entscheidungen für öffentliche Gesundheitsmaßnahmen (“community health interventions“) sollten anhand des besten verfügbaren Wissens über die Population und über spezifische PatientInnengruppen sowie anhand des besten verfügbaren experimentellen Wissens getroffen werden.
- ✿ In erster Linie sollen Gesundheitscharakteristika der Population die Evidenzquellen bestimmen, während institutionelle Gewohnheiten, Vorschriften/Protokolle, Traditionen oder Intuitionen erst in der weiteren Folge zum Zug kommen.
- ✿ Der Gebrauch der besten verfügbaren Evidenz soll darauf beruhen, epidemiologisches und biostatistisches Denken sowie Ansätze aus der Biologie, Verhaltensforschung und der Bevölkerungsbeobachtung zu verbinden. Nicht zuletzt sollen Überlegungen auf der Ebene der öffentlichen Steuerung des Gesundheitssystems – wie Aspekte der Gleichbehandlung und des gerechten Zugangs – eingeschlossen werden.
- ✿ Die Suche und kritische Bewertung der Evidenz muss zu konkreten Aktionen führen, die einen messbar relevanten Einfluss auf die Gesellschaft bzw. Gemeinschaft haben.
- ✿ Die Vertreter des Gesundheitssystems und der Gesellschaft bzw. die Leistungsträger müssen kontinuierlich evaluieren, ob der an dieser Stelle beschriebene Gebrauch von Evidenz stattfindet.
- ✿ Wissenschaftliche Analysen zum Vergleich von öffentlichen Gesundheitsmaßnahmen (“community health interventions“) sollten sowohl die Effektivität als auch die Kosten berücksichtigen. Dabei muss die Verteilung von Risikofaktoren in der Bevölkerung miteinbezogen werden.

Entscheidungen basieren auf dem besten verfügbaren Wissen

Bevölkerungscharakteristika bestimmen den Gebrauch von Evidenz

epidemiologisches/ biostatistisches Denken multidisziplinär verknüpfen

Gebrauch von Evidenz muss zu machbaren Handlungen führen

kontinuierliche Evaluation des Gebrauchs von Evidenz

Effektivität, Kosten und Risikoverteilung bei Vergleichsstudien

Wie aus dieser Auflistung sichtbar wird, unterscheidet sich Evidenzbasierung bei Maßnahmen auf der regionalen und nationalen Ebene des Gesundheitssystems deutlich vom Konzept der EBP des klinischen Handelns.

3.6.4 Pragmatische Evidenzbasierungskonzepte

Während die bisher vorgestellten Konzepte evidenzbasierten Vorgehens anhand mehrerer Aspekte bzw. Schritte beschrieben wird, kann Evidenzbasierung ferner auch pragmatisch gedeutet werden:

So definieren kanadische VersorgungsforscherInnen evidenzbasiertes Entscheiden folgendermaßen: „Rather, ‘successful’ EBDM (Anm.: evidence based decision making) may be no more than recognition of the research and an explanation of the way in which it was taken into account in the decision.“[33, S. 3]

Einen ähnlichen pragmatischen Ansatz verfolgt auch Wild et. al. 2002 in einem Assessment zur Intensivbettenplanung. Unter „Evidenzbasierter Bedarfsplanung“ wird darin „die systematische Offenlegung des vorliegenden/publizierten wissenschaftlichen Materials zu den Bedarf bestimmenden Determinanten – unter interdisziplinärer Perspektive“ [34] verstanden.

Diese Konzepte eröffnen einen weit gefassten Handlungsraum für eine evidenzbasierte Vorgangsweise, der bei heterogenen Primärstudien, unter-

welche Evidenz ist vorhanden, wie wurde sie berücksichtigt?

schiedlichen Datenquellen und vielfältigen Methoden im Forschungsfeld unerlässlich erscheint.

3.6.5 Evidenzbasierungskonzepte bei Fragen zu Kosten-Nutzen-Abwägungen

Bei Entscheidungen in der gemeinwohlorientierten öffentlichen Gesundheitsversorgung ist oftmals nicht nur das operationalisierte, quantifizierbare Wissen von Bedeutung, sondern auch das Wissen über gesellschaftlichen Werthaltungen und Präferenzen [33, 35].

Veranschaulichung des Bedarfs an Evidenz in unterschiedlichen Entscheidungsebenen

Die kanadische Gesellschaft für Versorgungsforschung Canadian Health Services Research Foundation präsentiert dazu ein Modell [33, S. 3], das verdeutlicht, welche Art von Wissen in welcher Entscheidungsebene benötigt wird (Siehe Abbildung 3.6-2).

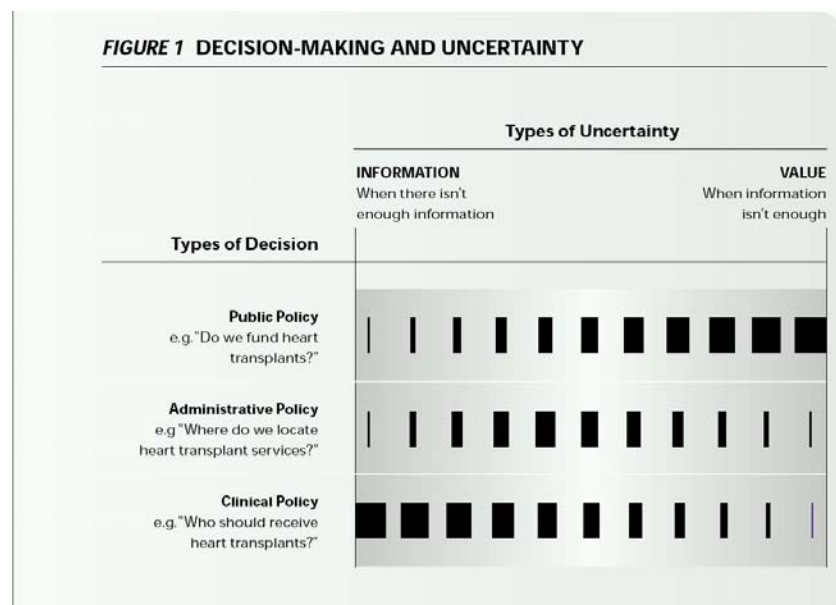


Abbildung 3.6-1, Unsicherheit und benötigte Evidenz in unterschiedlichen Entscheidungsebenen

je nach Entscheidungsebene sind unterschiedliche Modalitäten der Evidenz nötig

Während auf der klinischen Ebene Informationen zur Wirksamkeit, Sicherheit oder zum Indikationsbereich benötigt werden, ist in übergeordneten Ebenen vermehrt Wissen über Kosten-Effektivität sowie Kosten-Effizienz – auch für Indikationsgruppen-übergreifende Fragestellungen – nötig. Bei diesen Fragestellungen spielen jedoch Wertabwägungen und Grenzwerte eine entscheidende Rolle. Das sind beispielsweise Fragen hinsichtlich der noch akzeptablen Distanz zum nächstgelegenen Krankenhaus oder der Höchstgrenzen, die für Mehraufwendungen von Maßnahmen mit vergleichbarem Nutzen bei öffentlicher Mittelbereitstellung noch vertretbar sind.

qualitative Studien bei Werte-Abwägungen

Evidenz zur Hilfestellung bei Werte-Unsicherheit ist aus anderen Studientypen bzw. Quellen zu entnehmen als Evidenz zur Wirksamkeit und Sicherheit. Hier spielen oftmals qualitative Studien eine wichtige Rolle [36, 37].

Sie ermöglichen die notwendigen Einblicke, die zum Verständnis oder zum Handeln nötig sind [33, S. 3].

3.6.6 Evidence-based health care

Die Definition einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung von Sir Muir Gray [38], beinhaltet drei Einflussbereiche, die als Basis für Entscheidungen im Gesundheitswesen dienen:

- ✿ Ressourcen
- ✿ Werthaltungen
- ✿ Evidenz

Nach Sir Muir Gray [38] basieren Entscheidungen im Gesundheitswesen vielfach auf den Meinungen der EntscheidungsträgerInnen, die sich auf Werthaltungen und verfügbare Ressourcen stützen. Eine dritte Säule der Entscheidungen bildet jedoch die Evidenz, auch wenn diese oft in mangelhafter Qualität vorliegt. Jegliche verfügbare Evidenz sollte gesucht, bewertet und schließlich miteinbezogen werden. Zur Evidenz gehören auch Erfahrungen und Kenntnisse aus Evaluationen vergangener Planimplementierungen. Es gilt, das evidenzbasierte Vorgehen in der klinischen Praxis und jenes für Entscheidungen im Gesundheitssystem zu unterscheiden. In der evidenzbasierten klinischen Praxis geht es darum, dass sich ÄrztInnen gemeinsam mit den PatientInnen anhand der verfügbaren Evidenz für die beste Behandlungsoption entscheiden, während sich EntscheidungsträgerInnen mit Fragen der Politikgestaltung (policy making), des Einkaufs (purchasing) und des Managements von Gesundheitsdiensten auseinander setzen müssen. Das Aktionsfeld reicht dabei von Public Health-Aktivitäten bis hin zur Gestaltung einer erkrankungsgruppenorientierten Standardversorgung (managed care) [38].

EntscheidungsträgerInnen in Gesundheitssystemen sind mit Fragen der Politikgestaltung, des Einkaufs und des Managements konfrontiert

3.6.7 Anwendung von Evidenz

Gebrauch von Evidenz: Schließlich kann auch die Art der Anwendung von Evidenz im Rahmen der Versorgungsplanung unterschiedlich sein: In einem Review zum Gebrauch von Evidenz durch EntscheidungsträgerInnen im Gesundheitswesen, werden von Innvaer 2002 [39] drei Kategorien für den unterschiedlichen Gebrauch von Evidenz identifiziert:

- ✿ direkter Gebrauch
- ✿ Verständnis klärender Gebrauch
- ✿ legitimativer Gebrauch [39, S. 242]

- direkt Mit dem „direkten Gebrauch“ ist die klassische Informationsgewinnung aus veröffentlichten Studien gemeint, die möglichst direkt (ohne Anpassungen) eine Lösung für definierte Problemstellungen liefern.

- zum Verständnis „Verständnis klärender Gebrauch“ bedeutet neue bzw. aktualisierte Zielsetzungen zu identifizieren, geeignete Indikatoren zu finden, das Verständnis für eine komplexe Situation zu vertiefen und unbeabsichtigte Wirkungen zu antizipieren. Als Beispiele können explorative Studien aber auch Modelle und Simulationen genannt werden.

- zur Legitimation Mit dem „legitimativen Gebrauch“ von Evidenz sind Informationen gemeint, die als Grundlage und Legitimation von Strategien und Positionen dienen [39, S. 242].

Bei der Analyse von Möglichkeiten der Evidenzbasierung in der Versorgungsplanung (Kapitel 1.1), dienen diese unterschiedlichen Ansätzen der Evidenzbasierung als Basis.

3.6.8 Kritische Bewertung und Evidenzsynthese bei unterschiedlichen Studientypen bzw. Informationsbasen

In einigen Schüsselpublikationen werden Anleitungen für die kritische Bewertung und Evidenzsynthese bei unterschiedlichen Studientypen bzw. Informationsbasen gegeben.

Bedeutung von qualitativer Begleitforschung und Versorgungsforschung

Review zur Bedeutung qualitativer Studien für Fragestellungen im gesundheitlichen Sektor

Im Artikel „The emergence of Qualitative Methods in Health Services Research“ [40] wird die generelle Bedeutung von rekonstruktiven Methoden der Sozialforschung (qualitativen Methoden) für den Gesundheitssektor erörtert. Die Kernaussage besteht darin, dass für konzertierte Aktionen im Gesundheitswesen Barrieren für hochwertige qualitative Studien ausgeräumt werden müssen, und dass eine kreative Kombination mit quantitativen Ansätzen den Schlüssel für eine verbesserte Finanzierung, Organisation, Errichtung und Ergebniserbringung von Gesundheitsdiensten bilden kann.

Kombination von qualitativer und quantitativer Evidenz

Kombinationen qualitativer und quantitativer Studien

Die Studie „Synthesising qualitative and quantitative evidence: A review of possible methods“ [41] zeigt Möglichkeiten auf, wie die Evidenz aus qualitativen und quantitativen Studien systematisch zusammengefasst werden kann.

Synthese qualitativer Evidenz

In Paterson 2001 [42] wird gezeigt, wie qualitative Evidenz systematisch kombiniert und zu neuem Wissen synthetisiert werden kann.

**Evidenzsynthese aus
qualitativen Studien**

Kritische Bewertung verschiedener Evidenzformen

Schließlich können die Werke “Criteria for evaluation evidence on public health interventions” [43], “A guide to the critical Reflection of Health Services Research Studies” [44] und das “Lehrbuch der Evidenzbasierten Medizin“ [45] (in den Kapiteln zur kritischen Bewertung von unterschiedlichen Studientypen) dazu beitragen, Evidenz aus unterschiedlichen Studientypen nach deren Qualität zu bewerten.

**Beurteilung der Qualität
von unterschiedlicher
Evidenz**

4 Methodik

Die einzelnen Arbeitsschritte in (allen) Projekten des Ludwig Boltzmann Instituts HTA können im internen Manual [46] nachgelesen werden. Anschließend werden die spezifischen methodischen Schritte dieser Arbeit angeführt.

1. Zum Projektstart wurden vier Fragestellungen und eine Vorversion des Projektprotokolls definiert. Diese ursprünglichen Fragestellungen wurden mit ExpertInnen und AuftraggeberInnen diskutiert (Scoping-Prozess). Im Feedback wurde angeregt, die ursprünglichen Fragen enger zu fassen. In der finalen Form ist dementsprechend das Themengebiet auf Methoden der öffentlichen/gemeinwohlorientierten Versorgungsplanung eingegrenzt.
2. Literatursuche: Ziel der Recherche war es, eine Auswahl von Versorgungsplanungsmethoden zu identifizieren, um diese auf essentielle Elemente der Versorgungsplanung, Ansatzpunkte für Evidenzbasierung in der Planung und mögliche Abdeckungsbereiche durch HTA-Methoden hin untersuchen zu können.

Dazu wurde eine Suche in PubMed durchgeführt:

Die Strategie der Suche bestand darin, fünf Konzepte miteinander durch logische Und-Verknüpfungen zu verbinden:

- ❖ typische Begriffe einer evidenzbasierten Praxis;
- ❖ Begriffe zu „Health planning“;
- ❖ Begriffe der Versorgungsforschung („Health Services Research“);
- ❖ Begriffe zur Adressierung der regionalen oder nationalen Ebene („Community Health“)
- ❖ „Plan*“ im Titel

Der systematischen Suche ging eine umfassende Handsuche voraus, die bereits einige Titel aus der Scoping-Phase des Projektes „Vorrecherche“ mit einschloss. Weiters wurden aussichtsreiche Referenzen aus den Literaturverzeichnissen vorhandener Artikel mittels Scopus (Elsevier) in die Handsuche aufgenommen. Zur Identifikation von öffentlichen/gemeinwohlorientierten Planungsmethoden wurde auch eine externe Expertenrecherche beauftragt.

3. Literaturauswahl: Zur Auswahl der Literatur wurden Ein-/Ausschlusskriterien definiert (vgl. Tabelle 4-1). Studien, die Methoden der gemeinwohlorientierten/öffentlichen Versorgungsplanung („regionale oder nationale Ebene“) darstellten, den Planungsprozess beschrieben („strukturierte Beschreibung“), Angaben zu den Datengrundlagen machten und einen Mechanismus für enthaltene Zukunftsprognosen erläuterten, wurden eingeschlossen. Als Einschlusskriterium war auch gefordert, dass Hinweise auf eine konkrete Planimplementierung vorliegen. Dadurch sollte gewährleistet sein, dass die Methoden nicht nur theoretischer Natur sind, sondern in der Praxis bereits Anwendung gefunden haben. In begründeten Fällen wurden auch Planungsmethoden eingeschlossen,

**Orientierung, „Scoping“,
Fokussierung**

**Suche und Auswahl von
Publikationen**

**das Ziel war es, Ver-
sorgungsplanungs-
methoden für eine
weiterführende Analyse
zu gewinnen**

**die Suche erfolgte in
PubMed und im Internet**

**definierte Einschluss-
kriterien: regionale/
nationale Planung in
öffentlichem System,
Beschreibung, Daten-
grundlagen, Anwen-
dungsbeispiel**

wenn diese über methodische Besonderheiten verfügten oder einen Österreichbezug aufwiesen.

Tabelle 4-1, Kriterien für den Einschluss von Versorgungsplanungsmethoden

Kriterien
Die Methode wird im Rahmen der gemeinwohlorientierten Versorgungsplanung eingesetzt.
Die Methode bezieht sich auf die nationale oder regionale Ebene („community-level“) und nicht auf den Level einer Einzelniederlassung oder einer Versorgungseinrichtung.
Eine strukturierte Beschreibung der Methode (im Sinne einer Beschreibung des Planungsprozesses) ist verfügbar.
Es muss erkennbar sein, an welcher Stelle Daten zum Ist-Status (Ist-Bedarf sowie Ist-Versorgungsangebot) einfließen.
Die Methode führt zu prospektiven Aussagen/Maßnahmen/Produkten.
Der „Mechanismus“ für die prospektive Planung (Budgetverteilung, Priorisierung, Zielwertdefinition) muss beschrieben sein (Fortschreibung, regressionsbasierte Modellierung, ExpertInnenkonsens, argumentative Begründung ...).
Ein Anwendungsfallbeispiel muss verfügbar sein.

Beschreibung der Methoden & Anwendungsbeispiele

- Systematische Darstellung der ausgewählten Planungsmethoden: Jede der identifizierten Arbeiten/Planungsmethoden wird nach der hier definierten Weise dargestellt.

- ✿ Übersicht
- ✿ Vorgangsweise
- ✿ Beispiel der Implementierung
- ✿ Schlüsselemente/Charakteristika

Kernelemente im Planungsprozess

- Synthese: Für die Identifikation von Kernelementen der Versorgungsplanung werden Planungsprozesse der eingeschlossenen Methoden mit einer umfangreichen Darstellung von Planungsschritten aus der Monographie „Health Services Planning“ [10] verglichen.

Evidenzbasierung und HTA-Anwendungen in der Planung

- Ansätze eines evidenzbasierten Vorgehens und Einsatzmöglichkeiten von HTA bei Planungsaktivitäten werden identifiziert, indem Informationsbasen und Methoden, die der Planung innewohnen, visualisiert und Mustern der Evidenzbasierung (siehe Kapitel 3.6) bzw. Domänen von HTA [47] gegenübergestellt werden.

5 Ausgewählte Versorgungsplanungsmethoden

Bei der Suche nach in der Praxis eingesetzten Methoden der gemeinwohl-orientierten/öffentlichen Versorgungsplanung wurden insgesamt 186 Referenzen zu potentiell relevanten Dokumenten identifiziert. Knapp ein Drittel (47) davon stammt aus der vorausgehenden Handsuche – die schon während der frühen Projektphasen parallel entstand. Die Quellen bildeten eigene Bestände am Institut, Hinweise von assoziierten MitarbeiterInnen des Instituts, Hinweise von Public Health Experten und Suchansätze im Internet. Durch eine spezielle Suchstrategie im medizinischen Portal PubMed konnten weitere 139 Referenzen identifiziert werden. Nach der Durchsicht der Abstracts und zum Teil der Volltexte wurden fünf Versorgungsplanungsmethoden ausgewählt, die den Einschlusskriterien (mit Ausnahmen) entsprachen (siehe Tabelle 5-1). Da nicht alle Referenzen gleichzeitig einlangten und da in der Vorgehensweise im Projekt auch keine systematische Suche vorgesehen war (siehe Kapitel 4), wurden – um den Projektablauf zu beschleunigen – vier der Planungsmethoden schon zu einem früheren Zeitpunkt ausschließlich aus der Vorrecherche ausgewählt, eine weitere Methode wurde dann aus der speziellen Suche in PubMed ausgewählt. Durch die Recherche konnten Einblicke gewonnen werden, inwieweit sich wissenschaftliche Publikationen im umfangreichen Zeitschriftenrepertoire von PubMed mit dem Thema der öffentlichen Versorgungsplanung auseinandersetzen. Ebenso wurden Erfahrungen für zukünftige systematische Recherchen für Planungsmethoden der öffentlichen Versorgung gesammelt. Um diese Einblicke mit dem Leser zu teilen, werden anschließend die nicht gewählten Methoden mit erfüllten Einschlusskriterien charakterisiert. Die Suchstrategien sind auf Anfrage beim Autor einzusehen.

Vorrecherche

Die Vorrecherche (47 Referenzen) enthielt neben den vier ausgewählten Methoden noch fünf weitere Versorgungsplanungsmethoden, die in der engeren Auswahl standen. Die anschließende Kurzbeschreibung soll die Heterogenität der Vorrechercheergebnisse zeigen, die – bei alternativer Auswahl – möglicherweise zu anderen, bzw. zusätzlichen Schlussfolgerungen geführt hätten.

Zu den Vorrecherche-Ergebnissen gehört zunächst ein Projektbericht aus Utah zur Bedarfsplanung der Versorgung von älteren Staatsangehörigen im Bundesstaat Utah [48]. Die zweite Methode ist der staatliche Gesundheitsplan der australischen Region New South Wales, der Rahmenbedingungen für Public Health und Gesundheitsfürsorge für die Zukunft ab 2010 umfasst [49]. Die dritte Methode ist eine Richtlinie für Versorgungsleitlinien und stammt aus Deutschland: Im April 2008 wurde im Rahmen des Nationalen Programms für Versorgungsleitlinien ein Methodenreport [50] veröffentlicht, der die Entwicklung von staatlichen Versorgungsleitlinien vereinheitlichen soll. Die Anwendung von Versorgungsleitlinien ist für ausgesuchte Erkrankungen mit hoher Prävalenz vorgesehen, wobei besonders der Aspekt der integrativen Versorgung berücksichtigt werden soll. Aus Deutschland stammt auch eine Methode zur Planung der Versorgungsdichte von ÄrztInnen – die Bedarfsplanungs-Richtlinie [51], die ebenso in engerer Auswahl stand. Die fünfte Methode ist eine Simulation von Auswirkungen von verschiedenen Strategien der Medikamentenvergütung, mit denen Kostenentwicklungen eingeschätzt werden können [52].

fünf Methoden der Versorgungsplanung wurden aus 186 Titeln ausgewählt

4 Methoden aus der Vorrecherche gewählt

Weitere fünf Methoden aus der Vorrecherche standen in der engeren Auswahl:

- Bedarfsplanung für Ältere Menschen
- Staatlicher Gesundheitsplan von New South Wales

- Richtlinie für Versorgungsleitlinien

- Bedarfsplanungsrichtlinie für die ÄrztInnendichte

**- Strategiesimulationen
für die Planung von
Vergütungsreglements**

**österreichische
Dokumente mit
Aspekten der
Versorgungsplanung**

**4 Methoden zur
Erfassung der Ist-
Situation der
Versorgung
4 Planungsmethoden
für spezifische Bereiche
der Versorgung
3 Methoden, die
Planung organisiert
werden kann
2 Richtlinien für
Versorgungsplanung
Gesundheitsplan
+ Bill Clintons
Versorgungsplan, + eine
kombinierte
Versorgungsplanung, +
Versorgungsplanung für
Krankenhauscluster**

Die Vorrecherche brachte auch einige österreichischen „Politikpapiere“ zur Versorgungsplanung zutage. Dazu zählen Rechnungshofberichte, Qualitätsberichte von Krankenanstalten und Pflichtversicherung, Protokolle von regionalen Landesgesundheitskonferenzen sowie Sonderberichte von Krankenanstaltenverbünden. Auch die Regionalen Strukturpläne Gesundheit von Tirol, Salzburg und der Steiermark zählen dazu. Da diese nach der Vorgabe des ÖSG gestaltet sind, wurden Sie nicht extra einzeln einbezogen, sondern alleine der ÖSG als Rahmenplan ausgewählt.

Spezielle Suche in PubMed

Die spezielle Suche in PubMed erbrachte ebenso einige Artikel, die Planungen beschreiben oder sich reflexiv mit Planungsmethoden auseinandersetzen. Von 139 Referenzen erfüllten 20 die Einschlusskriterien. Daraus für die Analyse ausgewählt wurde die Methode „Population needs-based health-care resource allocation and planning“ [53] (siehe Tabelle 5-1). Die restlichen 19 Artikel lassen sich wie folgt charakterisieren: 4 Artikel befassen sich mit Methoden der Erfassung der Ist-Situation (durch Vorhersagen von Internisten [54]; ausgehend von Niederlassungswünschen von AllgemeinmedizinerInnen [55]; durch Partizipation der Bevölkerung [56]; durch Analyse von Zugangsmöglichkeiten zur Versorgung [57]). Vier andere Artikel berichten Planungsmethoden für spezifische Versorgungsbereiche (Versorgung mit Pflegekräften [58]; Versorgung mit AllgemeinpraktikerInnen [59]; Versorgung der französischsprachigen Bevölkerung [60]; Versorgung mit Rehabilitationsdiensten [61]). Drei Methoden beschreiben Organisationsformen für öffentliche Planungsbestrebungen [62-64]. Bei weiteren drei Methoden handelt es sich um systematische Planungsansätze [65-67]. Zwei Methoden sind Richtlinien für die Versorgungsplanung [68, 69]. Schließlich enthielt das Suchergebnis den staatlichen Versorgungsplan von Bill Clinton [70], einen kombinierter Planungsansatz einschließlich einer Qualitätssicherungskomponente [71] und eine Planungsmethode für die Zusammenarbeit von vernetzten Krankenhäusern als Cluster [72].

Eingeschlossene und gewählte Methoden der Versorgungsplanung

Die eingeschlossenen fünf Methoden der gemeinwohlorientierten Versorgungsplanung sind in Tabelle 5-1 aufgelistet.

Tabelle 5-1, Ausgewählte Planungsmethoden im Überblick

Kapitel	Land	Name der Planungsmethode	Abkürzung
5.1	GB	Health care needs assessment [6]	HCNA
5.2	AU	Community health needs assessment for health service planning [73]	CHNAP
5.3	USA	Community Health Assessment and Action Planning (CHAAP) 2005-2009 [74]	CHAAP
5.4	CA	Population needs-based health-care resource allocation and planning [53]	PoNHRAP
5.5	A	Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2006 [75]	ÖSG

Anmerkungen zum Einschluss

Beim CHAAP [73] sind Anwendungsfallbeispiele nicht öffentlich verfügbar; die Methode wurde dennoch aufgrund der Erfüllung der anderen Kriterien und der deutlichen prozessorientierten Perspektive mit eingeschlossen.

Beim Artikel PoNHRAP sind ebenso einige Einschlusskriterien nicht erfüllt. Da dieser Artikel jedoch einen guten Überblick über mögliche Indikatoren der objektiven Bedarfserfassung gibt, wurde er in die Liste der zusammengefassten Artikel aufgenommen, aber nur zum Teil in die nachfolgenden Analysen mit eingeschlossen.

Der ÖSG ist die Publikation des finalen Plans, aus denen sich der Planungsprozess nur indirekt erschließen lässt. Dennoch wurde versucht, die Prozessschritte zu identifizieren und im Vergleich mit anderen Methoden anzuführen. Bei der Darstellung wird allerdings im Punkt zwei nicht die Vorgehensweise zusammengefasst, sondern die Inhalte des Plans.

5.1 Health Care Needs Assessment (GB)

Übersicht

Die Methode des Health Care Needs Assessment (HCNA) [4] wurde in Großbritannien im Rahmen eines langjährigen Projektes eingesetzt, um den Bedarf an Gesundheitsversorgung im Land zu beschreiben und Handlungsoptionen für die Nationale Gesundheitsbehörde (NHS) zu erarbeiten. HCNA hat einen nachgewiesenen Impact auf die nationale Versorgungsgestaltung [11]. Anwender sind gesundheitspolitische ExpertInnen, die mit Projekten zur Verbesserung der Versorgungssituation beauftragt sind.

In einem HCNA wird jeweils ein Krankheitsbereich bearbeitet. HCNA beinhaltet ein Element zur Erfassung der „Nachfrageseite“ (Bevölkerungsgesundheit) und eines zur Erfassung der „Angebotsseite“ (Leistungsangebot). Eine zentrale Stellung hat zudem die Nutzenbestimmung der in Betracht gezogenen Gesundheitstechnologien (Health Technology Assessment). Der finale Teil enthält Einschätzungen der bearbeitenden ExpertInnen zum Versorgungsbedarf und den sich daraus ergebende Handlungsempfehlungen.

HCNA ist eine etablierte Methode der Versorgungsplanung, die primär auf die Bestimmung des Versorgungsbedarfs abzielt

anhand der epidemiologischen Situation und des (effektiven) Leistungsangebots geben ExpertInnen Handlungsempfehlungen

Vorgangsweise im Health Care Needs Assessment

Die Durchführung eines Assessments verläuft in standardisierter Form – nach der Vorgabe des Master-Protokolls [6]. Neben der Vorgangsweise ist durch das Protokoll auch die inhaltliche Struktur des Assessmentberichts vorgegeben. Es sind acht Kapitel vorgesehen, die auch die Assessment-schritte widerspiegeln. Die vorgegebenen Inhalte nach dem Master-Protokoll werden anschließend beschrieben:

alle HCNA folgen formal dem Master-Protokoll

Definition des Krankheitsbereiches anhand von internationalen Standards

1. Definition des Krankheitsbereiches

Die Definition des Krankheitsbereiches umfasst eine präzise Auflistung aller eingeschlossenen Diagnosen, sowie die Abgrenzung zu verwandten Erkrankungen. Dazu werden die Diagnosen entsprechend den internationalen Klassifikationen (ICD10, HRG, HBG Codes, OPCS) formuliert.

2. Subgruppen von PatientInnen

Nach dem der Krankheitsbereich feststeht, werden Erkrankungsgruppen nach medizinischen, organisatorischen, sowie finanziellen Aspekten gebildet. Die Unterteilung erfolgt anhand folgender Kriterien:

- ✿ Behandlungsaufwand/Serviceprofil
- ✿ Versorgungsphase (Prävention, Akutversorgung oder Rehabilitation)
- ✿ Schweregrad des Krankheitsbildes
- ✿ Ressourcenintensivität (insbesondere Subgruppen mit sehr hohem Ressourcenaufwand)

Alle in diesem Schritt eingesetzten Fachinformationen und ExpertInnenmeinungen werden dokumentiert.

3. Epidemiologie der Erkrankung

Schwerpunkt bildet jenes Erkrankungsaufkommen, das zur massivsten Auslastung des Versorgungssystems führt

Prävalenz- und Inzidenzraten werden einzeln für jede der zuvor gebildeten Erkrankungsgruppe recherchiert. Den Schwerpunkt soll insbesondere jenes Erkrankungsaufkommen bilden, welches das Gros der Leistungsanspruchnahme zur Folge hat. Die ermittelten epidemiologischen Daten sollen nach Alter, Geschlecht und sozio-ökonomischen Faktoren aufgeschlüsselt werden. Zahlen der Mortalität und Morbidität sollen dabei gemäß vorgegebenen epidemiologischen Standardnotationen präsentiert und die zugrundeliegenden Datenquellen müssen angegeben werden.

4. Bestehendes Versorgungsangebot (verfügbare Gesundheitsdienste/-interventionen) und Kosten

Beschreibung von Versorgungsdiensten und -strukturen

Die Beschreibung der Ist-Situation des Versorgungsangebots für den Krankheitsbereich soll Angaben dazu umfassen, welche

- ✿ Dienste angeboten werden,
- ✿ Kapazitäten vorhanden sind (Einrichtungen, Fachkräfte mit medizinischer Profession),
- ✿ Kosten für die notwendigen Dienste und Kapazitäten aufzubringen sind.

typische/maximale Aufwendungen, Primär- oder Sekundärversorgung

Dabei sind jeweils typische und maximale Aufwendungen für die Bereiche Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation zu berichten. Zu berücksichtigen ist auch, ob die Erbringung innerhalb der Primär-, der Sekundärversorgung oder innerhalb eines alternativen Settings erbracht wird.

Flow-Charts von Versorgungsprozessen

Zur Beschreibung eines einzelnen Versorgungsdienstes werden Prozesse sowie Strukturen dargestellt, wobei Versorgungsprozesse Grafiken visualisiert werden. Flow-Charts sollen zeigen, welche Dienste von den jeweiligen Untergruppen in Anspruch genommen werden, und zur Ermessung des Volumens sollen Durchschnittswerte und Spannweiten jeweils für den nationalen, regionalen und lokalen Versorgungsbereich angegeben werden.

Die Beschreibung der Versorgungsstrukturen umfasst Angaben zum Personal, zu den Betten und den Kosten. Es können auch nationale oder regionale Normen angeführt werden und Variationen in der Inanspruchnahme sowie in der Verfügbarkeit.

Angaben zu Versorgungsstrukturen und Inanspruchnahme

5. Effektivität von Versorgungsdiensten bzw. Interventionen

An dieser Stelle des Berichts wird die Effektivität der eingesetzten Verfahren erörtert. Dazu wird über Ergebnisse aus systematischen Übersichtsarbeiten und Health Technology Assessments (HTAs) berichtet. Um die Stärke der Wirksamkeit und die Qualität der zugrundeliegenden Evidenz anzugeben, liegen Graduierungsschemata vor (siehe Tabelle 5.1-1).

Effektivitätsnachweise anhand systematischer Übersichtsarbeiten und HTAs

Falls es keine Informationen zur Wirksamkeit gibt oder wenn bekannt ist, dass eine Interventionen NICHT wirksam ist, soll dies ebenfalls berichtet werden. Weiters soll beschrieben werden, ob die Interventionen bevorzugt in der Primärversorgung oder in der Sekundärversorgung anzusiedeln ist.

Vermerke bei evidenter Unwirksamkeit und beim Fehlen von Evidenz

Tabelle 5.1-1, Grading und Quality Assessment

SIZE OF EFFECT

- A. The procedure/service has a strong beneficial effect.
- B. The procedure/service has a moderate beneficial effect.
- C. The procedure/service has a measurable beneficial effect.
- D. The procedure/service has no measurable beneficial effect.
- E. The harms of the procedure/service outweigh its benefits.

QUALITY OF EVIDENCE

- I-1 Evidence from several consistent, or one large, randomised controlled trial.
- I-2 Evidence obtained from at least one properly designed randomised controlled trial.
- II-1 Evidence obtained from well-designed controlled trials without randomisation, or from well designed cohort or case-control analytic studies.
- II-2 Evidence obtained from multiple time series with or without the intervention. Dramatic results in uncontrolled experiments (such as the results of the introduction of Penicillin treatment in the 1940s) could also be regarded as this type of evidence.
- III Opinions of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies, or reports of expert committees.
- IV Evidence inadequate and conflicting.

6. Versorgungsmodell und Empfehlungen

Basierend auf den vorausgegangenen Einschätzungen zur Epidemiologie, zum bestehenden Versorgungsangebot und zu den Informationen zur Effektivität der die Krankheitsgruppe betreffenden Dienste bzw. Interventionen sollen die ExpertInnen nun eine Einschätzung geben, wie die zukünftige Versorgung gestaltet werden könnte. Nach Möglichkeit sollte sich dieses somit beschriebene Versorgungsmodell in ein von der NHS befürwortetes Nationales Service-Framework eingliedern lassen. Das empfohlene Versorgungsmodell soll folgende Gesichtspunkte enthalten:

ExpertInneneinschätzungen zu möglichen und alternativen Behandlungsmodellen und quantifizierbare Empfehlungen

- ✿ Quantifizierbare Empfehlungen für die betroffenen Krankheitsuntergruppen;

- ✿ Zugrundeliegende Kosten-Wirksamkeitsanalysen;
- ✿ Hervorhebung jener Empfehlungen, aus denen zusätzliche Kosten entwachsen;
- ✿ Alternative Versorgungsmodelle.

7. Ziele, Audit-Methoden und Outcome-Messgrößen

Definition von Indikatoren und Messwerkzeugen für die Evaluation

In diesem Schritt sollen die Assessment AutorInnen Zielsetzung, Methoden und Indikatoren nennen, die zur Beurteilung des Erfolges der empfohlenen Versorgungsmodelle eingesetzt werden können. Die möglichen Outcome-Indikatoren und Audit-Methoden im Monitoring sollen geeignet sein, den direkten Nutzen für PatientInnen zu zeigen, aber auch die Angemessenheit der Dienste soll dadurch erkennbar werden.

Inhalte für Verträge zwischen LeistungserbringerInnen und LeistungsträgerInnen

An dieser Stelle sollen auch vertragliche Inhalte (Zielsetzungen und Servicevereinbarungen) beschrieben werden, die zwischen den VertreterInnen der ErbringerInnen der Primärversorgung/“Health Authorities for the Primary Care Groups“ und National Health Service (NHS)-Gremien/„NHS Trusts“ aus zu verhandeln sind.

8. Informations- und Forschungsbedarf

zukünftig benötigter Informations- und Forschungsbedarf

Im letzten Abschnitt soll auf Informationsbedarf hingewiesen werden, der im Zuge des Assessments sichtbar wurde. Im Speziellen soll auf den Bedarf folgender Informationen hingewiesen werden:

- ✿ Wie können Tätigkeiten des Needs Assessments auf lokaler Ebene unterstützt werden?
- ✿ Wie können Zielvorgaben umgesetzt werden?
- ✿ Wie können die Ergebnisse besser erfasst werden?

Schließlich soll auch notwendiger Forschungsbedarf genannt werden, der sich durch das Needs Assessment gezeigt hat, insbesondere jedoch für Forschungsfragen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu signifikanten Verbesserungen führen.

Beispiel einer Anwendung von HCNA

zahlreiche bisher durchgeführte HCNAs

In den Jahren 1994-2007 sind bisher drei Sammelbände erschienen, die HCNAs von 38 Erkrankungsgruppen umfassen. Alle Assessments sind nach der durch das Master-Protokoll vorgegebenen Struktur erstellt und spielen bislang eine zentrale Rolle in der Versorgungsgestaltung Großbritanniens.

So findet sich beispielsweise im zweiten Sammelband „Health Care Needs Assessment: Second Series“ [4] der Beitrag zur Erkrankungsgruppe “Breast Cancer”.

Schlüsselemente

- ✿ Fokussierung auf epidemiologische Bevölkerungsdaten und Daten zur Leistungserbringung, wobei zusätzlich ein Schwerpunkt in der Bewertung des Nutzens der eingesetzten medizinischen Technologien/Maßnahmen liegt.
- ✿ HCNA umfasst systematisches Vorgehen, Transparenz (alle Publikationen sind Online) und Nachvollziehbarkeit.

- ✿ Eine Studie zeigt den positiven Impact von HCNA im Gesundheitssystem [11, S. 93].
- ✿ Möglichkeit, zukünftigen Informationsgewinnungs- und Forschungsbedarf zu adressieren.

5.2 Community health needs assessment for health service planning (AUS)

Übersicht

Die hier vorgestellte Planungsmethode [73] wurde für die Planungsregion „Tomaree“ (Gesundheitsregion Port Stephens im australischen Bundesstaat New South Wales) im Rahmen eines Pilotprojektes entwickelt, das von der regionalen Gesundheitsbehörde (Area Health Service) unterstützt wurde. Der Leitspruch für das Projekt lautete: „By collating health needs information from a variety of sources, the Hunter Area Health Service aims to ensure that a comprehensive health service is provided to all Tomaree community members“ [73].

Im Projekt wurden vier methodische Ansätze kombiniert, um Entscheidungsgrundlagen für die Versorgungsgestaltung zu erlangen. Die ersten drei Teilmethoden (die Auswertung lokaler statistischer Gesundheitsdaten, Fokusgruppen und eine Bevölkerungsbefragung) dienen zur Erhebung des Versorgungsbedarfs, mit dem letzten Element (nominale Gruppentechnik) werden zur Diskussion stehende Versorgungsdienste bzw. -angebote von TeilnehmerInnen priorisiert.

Pilotprojekt: kombinierte Planungsmethode mit unterschiedlichen Zugängen

enthalten sind drei Methodenelemente zur Bedarfserfassung und ein Element der Priorisierung

Vorgangsweise beim „Community health needs assessment for health service planning“ (CHNAP)

Die Durchführung dieses Needs Assessments erfolgt in 4 Schritten:

1. Auswertung lokaler Gesundheitsstatistiken

Im ersten Schritt wurden nach der Empfehlung von EpidemiologInnen der regionalen Gesundheitsbehörde Area Health Service (AHS) mehrere Datenquellen ausgewertet, aus denen sich der Gesundheitsstatus der Bevölkerung, so wie der Bedarf an Gesundheitsdiensten/-interventionen abschätzen lassen. Im Einzelnen sind dies

- ✿ der Bevölkerungszensus mit Angaben zu Einkommen, Geburtsland und Ethnizität;
- ✿ Krankenhausstatistiken mit Daten zur Leistungsanspruchnahme;
- ✿ Krankenhausstatistiken mit Daten zur standardisierten Krankenhaussterblichkeit;
- ✿ die Mortalität;
- ✿ die Liste der GesundheitsdiensteanbieterInnen und
- ✿ vergleichbare Statistiken aus anderen Verwaltungsbereichen.

als epidemiologische Quellen der Bedarfs- und der Angebots- erfassung dienen Bevölkerungsstatistiken und administrative Gesundheitsdaten

2. Befragung der Bevölkerung durch Fokusgruppen

TeilnehmerInnen- rekrutierung durch Schneeballsystem; 4 Fokusgruppen	Um die Meinung der Bevölkerung zum Versorgungsbedarf möglichst repräsentativ (gerecht und umfassend) zu berücksichtigen, wurden vier Fokusgruppen zur Einschätzung des Bedarfs gebildet: Eine Gruppe wurde aus älteren Menschen gebildet, eine Gruppe aus GesundheitsdiensteanbieterInnen, eine weitere aus jüngeren Menschen und eine Gruppe repräsentiert die Allgemeinbevölkerung. Die Rekrutierung für die Fokusgruppen erfolgte durch ein Schneeballsystem, durch das alle verfügbaren SchlüsselinformantInnen identifiziert wurden.
TeilnehmerInnen sind „Schlüsselinfor- mantInnen“	
Gesundheitsstatistiken als Einstiegspunkt	Dann wurden die TeilnehmerInnen zu mehreren Sitzungen eingeladen. Zur Vorbereitung erhielten die TeilnehmerInnen eine Zusammenfassung der Gesundheitsstatistiken aus Schritt eins, Schätzungen des Versorgungsbedarfs, die aus der Serviceinanspruchnahme abgeleitet wurden und Zusammenfassungen vergangener Sitzungen.
Fragen aus 5 Domänen werden bearbeitet	Für die Sitzungen wurden Fragen aus fünf Bereichen von AHS-MitarbeiterInnen (aus der Planungsabteilung) zusammengestellt: <ul style="list-style-type: none"> ✿ wichtigste Gesundheitsprobleme der Tomaree-Region (aktuelle und zukünftige); ✿ Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten in der Tomaree-Region; ✿ Inanspruchnahme außerhalb dieser Region; ✿ am meisten benötigte Dienste innerhalb der Tomaree-Region und ✿ am meisten benötigte Dienste außerhalb der Tomaree-Region.
Dokumentation und methodische Aus- wertung	Der Ablauf der Sitzungen war sorgfältig durchstrukturiert und wurde von erfahrenen und geschulten AHS-MitarbeiterInnen geleitet. Bei jeder Sitzung wurde die Debatte mitprotokolliert und im Rahmen einer qualitativen Begleitforschung ausgewertet („thematic analysis approach“). Am Ende jeder Sitzung nominierten die TeilnehmerInnen zwei bis drei Personen aus ihren Reihen für den abschließenden Priorisierungsworkshop.
	3. Hausbefragungen
800 Haushalte zufällig ausgewählt und befragt	An 800 per Zufall ausgewählte Haushalte wurde ein Informationsblatt mit statistischen Informationen zum Versorgungsbedarf ihrer Region geschickt. Ebenso enthalten war eine Liste mit 15 Gesundheitsdiensten die es zu priorisieren galt. Anschließend wurden die Haushalte telefonisch kontaktiert und befragt.
„GesundheitsmanagerIn- nen“ des Haushalts als Ansprechpersonen	Als Ansprechperson im Haushalt sollte sich jenes Mitglied zur Verfügung stellen, welches am meisten über die gesundheitlichen Aspekte aller Angehörigen Bescheid wußte. Damit sollte sichergestellt werden, dass alle Standpunkte – der jüngsten, wie der ältesten Angehörigen – die verdiente Berücksichtigung finden würden. Die Befragung erfolgte mithilfe eines computerunterstützten Telefoninterviews. Die erhobenen Daten wurden direkt in eine Datenbank übertragen.
Fragen in sechs Be- reichen und die Auf- gabe, zur Debatte stehende Gesund- heitsangebote zu priorisieren	Die Umfrage enthielt sechs Bereiche: <ul style="list-style-type: none"> ✿ demographische Daten der Haushaltsmitglieder; ✿ Demographie der HaushaltsrepräsentantInnen; ✿ die Qualität des sozialen Netzwerks; ✿ gesundheitsrelevante Aktivitäten der letzten 12 Monate;

- ✿ Gesundheitsbeschwerden in den letzten 12 Monaten und
- ✿ erhaltene und benötigte Hilfe bei gesundheitlichen Problemen.

Zusätzlich bestand die Aufgabe, Gesundheitsdienste zu priorisieren. Dazu sollte ein hypothetischer Betrag von 100 \$ auf jene Dienste verteilt werden, die ihnen am wichtigsten erschienen. Die Gesundheitsdienste konnten aus einer Liste ausgewählt werden oder selbst ergänzt werden.

4. Priorisierungsworkshop

Nach Vorbereitungen zuhause erarbeiteten die nominierten WorkshopteilnehmerInnen im Workshop in mehreren Schritten und mit Hilfe eines Computerprogramms aus den Informationen aller vorausgegangenen Schritte die finale Ergebnisliste mit nach Priorität gereihten Versorgungsdiensten.

Alle vier Schritte dieses Community Needs Assessments fanden unter ständiger Projektbegleitung statt, wobei der Kommunikationsstrategie eine große Bedeutung zugemessen wurde. Außerdem wurden im Rahmen der qualitativen Begleitforschung mehrere Studien durchgeführt, unter anderem zur Zufriedenheit der TeilnehmerInnen. Auch die breite Öffentlichkeit wurde durch (gut besuchte) Informationsveranstaltungen miteinbezogen.

Priorisierung anhand aller verfügbaren Informationen in einem iterativen Prozess

begleitende qualitative Forschung und Öffentlichkeitsarbeit

Beispiel einer Durchführung des CHNAP

Bislang wurde diese Planungsmethode nur einmalig im Rahmen des Pilotprojektes durchgeführt. Die Ergebnisse der Pilotanwendung, sowie der Zusatzserhebung lieferten zum Teil überraschende Erkenntnisse. So wurden beispielsweise Rehabilitationsdienste und Dienste für behinderte Menschen durch die Priorisierungsgruppe viel bedeutender eingestuft, als dies anhand der Leistungsanspruchnahmestatistiken geschätzt worden war.

bisher einmalige Durchführung als Pilotprojekt

Schlüsselemente

- ✿ partizipative Einbindung der Bevölkerung
- ✿ mehrstufige Priorisierungsmethode
- ✿ strukturierter, systematischer, wissenschaftlich reflektierter Prozess

5.3 Community Health Assessment and Action Planning 2005-2009 (USA)

Übersicht

Action Planning ist die dritte Komponente im nationalen Public Health Qualitätsverbesserungsprozess

Der Community Health Assessment and Action Planning (CHAAP) Prozess [74] beinhaltet die vier Hauptkomponenten (Assessment, Priorisierung, Planung, Implementierung) des Public Health Qualitätsverbesserungsprozesses des US-Bundesstaates Minnesota (siehe Abbildung 5.3-1). Die 3. Komponente (orange hervorgehoben) dient zur Planung der Gesundheitsversorgung und bildet den Schwerpunkt der Methodenbetrachtung in dieser Arbeit.

Elements of Minnesota's Local Public Health Quality Improvement Process

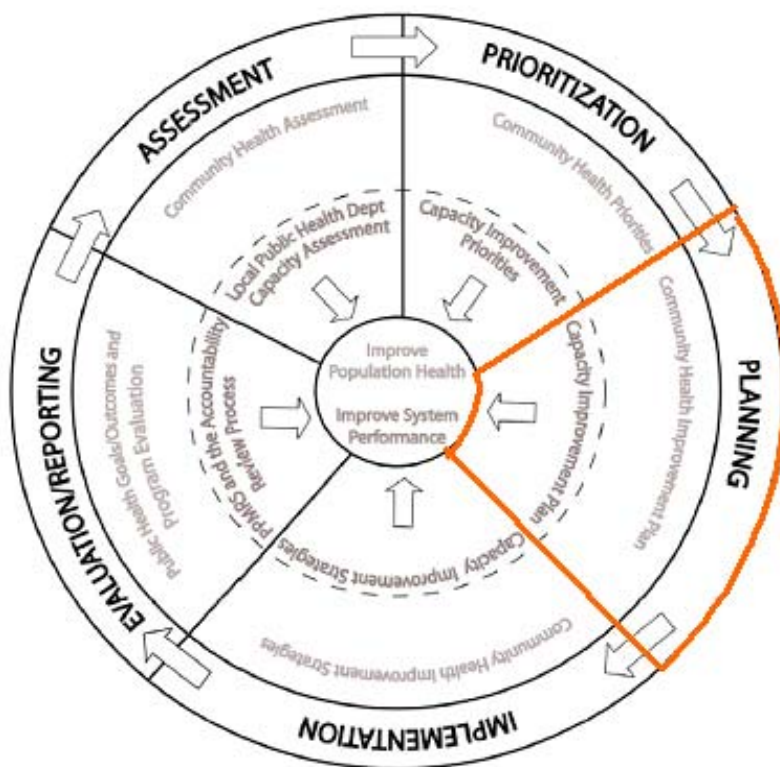


Abbildung 5.3-1, Minnesota's regionaler Public Health Qualitätsverbesserungsprozess; der Bereich Planung ist orange hervorgehoben

Ziel des Public Health Qualitätsverbesserungsprozesses ist die kontinuierliche Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Minnesota

Der Public Health Verbesserungsprozess wurde entwickelt, um allen BürgerInnen von Minnesota Zugang zu qualitativ hochwertigen öffentlichen Gesundheitsleistungen zu ermöglichen. Zum regionalen Public Health Qualitätsverbesserungsprozesses gehört neben dem CHAAP (mit den Komponenten Assessment, Priorisierung, Planung und Implementierung) auch eine Komponente zur Berichterstattung und Evaluation der im Prozess angestoßenen Gesundheits- und Leistungsverbesserungen.

In den Grundsatzstatements des CHAAP wird eindringlich betont, dass die Bevölkerung umfassend mit einzuschließen ist. Dafür werden verschiedene Strategien und Methoden dieser Bevölkerungsmobilisation („Community-Engagement“) bereitgestellt.

große Bedeutung besitzt die Einbeziehung der Bevölkerung

Vorgangsweise im „Action Planing“ des CHAAP

Ziel der Aktionsplanung ist die Erarbeitung und Bereitstellung jener Planungsinformation an das Gesundheitsministerium von Minnesota, deren Umsetzung zur Verbesserung der Versorgung im Bundesstaat führt. Sie bestehen aus Beschreibungen der anfallenden Aufgaben, sowie aus Informationen, die zum Verständnis beitragen und fallweise nötigen Unterstützungsbedarf aufzeigen. Es gibt drei Subkomponenten in der Aktionsplanung – ein Plan zur verbesserten Angebotsbereitstellung, ein Plan zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit, sowie ein Ansuchen um Assistenz durch die staatlich koordinierten Public Health Institutionen.

Ziel des „Action Planings“ ist es, Planungsinformationen zur Verbesserung des Versorgungsangebots und gesundheitsfördernde öffentliche Maßnahmen bereitzustellen

1. Angebotsplanung

Inhalte der Angebotsplanung sind Beschreibungen von Implementierungsstrategien, die zu einem verbesserten Leistungsangebot führen. Dazu gehören

- ✿ eine Beschreibung der zur Umsetzung notwendigen Voraussetzungen
- ✿ die Bezeichnung der durchzuführenden Maßnahmen und
- ✿ die Definition von Möglichkeiten zur Evaluation der Maßnahmen (Messzahlen oder Indikatoren).

in der Angebotsplanung werden umfassende Angaben zu den – die Ressourcenbereitstellung verbessernden – Aktivitäten gemacht

2. Gesundheitsförderungsplanung

Komplementär zu Maßnahmen der Angebotsplanung wird im Gesundheitsförderungsplan beschrieben, welche Themenpakete der Gesundheitsförderung Handlungsbedarf aufweisen und wie dieser anzupacken ist. Dazu werden für jene Themen, die in der vorausgehenden Komponente der Priorisierung ausgewählt worden sind, folgende Aspekte beschrieben:

- ✿ welche Priorität das Thema besitzt
- ✿ was notwendige Investitionen kosten
- ✿ wie die einzelnen Schritte aussehen, um das Thema anzugehen
- ✿ die betroffene Zielgruppe innerhalb der Bevölkerung
- ✿ eine Beschreibung, wie die betroffene Zielbevölkerung in Entscheidungen mit einbezogen wird
- ✿ Indikatoren und Methoden zur Maßnahmenevaluation
- ✿ welcher Impact von den Maßnahmen erwartet wird

Die Planung von Themen zur Gesundheitsförderung umfasst die Beschreibung

- der nötigen Investitionen,

- der Einzelschritte, der Zielbevölkerung und deren Einbeziehung,

- der Möglichkeiten zur Evaluation/Impactmessung

3. Ansuchen um methodische Assistenz durch das Gesundheitsministerium Minnesota

Beim Gesundheitsministerium von Minnesota kann um Assistenz angesucht werden. Diese Unterstützung umfasst materielle wie auch methodische Hilfe, so zum Beispiel Strategien zur Involvierung der Bevölkerung, Schulungen, Medien bzw. Unterrichtsmaterialien (auch mehrsprachig), eine Sammlung von Best Practice Strategien, aktuelle Gesundheitsdaten, Vorlagen für Richtlinien, Vorgaben, usw., sowie Tools für die Evaluierung und Performance-Prüfung. Für die Assistenz sind zahlreiche Hilfsmittel (Checklisten,

das Gesundheitsministerium bietet umfangreiche Assistenz zu den Planungsaktivitäten

Vorlagen, Handbücher) erarbeitet worden, die zum Teil auch online verfügbar sind.

Beispiele von praktiziertem Action Planning

Zur Einreichung der Aktionspläne sind auf der Website des Gesundheitsministeriums von Minnesota vorgefertigte Formulare mit ausführlichen Instruktionen zum Ausfüllen vorhanden³. Die Einreichung für die Zyklusperiode 2005-2009 ist bis Dezember 2009 möglich. Die eingereichten Pläne sind jedoch nicht für die Öffentlichkeit verfügbar.

Reale Planungen werden erst mit Ende des Jahres 2009 abgeschlossen und liegen daher bislang nicht vor.

Schlüsselemente

- ✿ steht im Kontext eines nationalen Public Health Qualitätsverbesserungszirkels
- ✿ prozessorientiertes Vorgehen
- ✿ Leistungsangebot und Bevölkerungsgesundheit werden komplementär und einander ergänzend betrachtet
- ✿ vorausgehende Needs Assessment- und Priorisierungskomponente
- ✿ Betonung der Bevölkerungsbeteiligung

³ <http://www.health.state.mn.us/divs/cfh/ophp/system/planning/chaap/worksheets.html>

5.4 Population needs-based health-care resource allocation and planning in Ontario (CA)

Übersicht

Die Publikation [53] gibt eine Übersicht zu Indikatoren, die den Bedarf an Gesundheitsversorgungsmaßnahmen messen lassen. Diese Indikatoren bilden das Kernstück der am Bevölkerungsbedarf orientierten Ressourcenallokation und Versorgungsplanung.

Die Methode der am Bevölkerungsbedarf orientierten Allokation und Planung ist nach den Ausführungen der Autoren[53] Planungsmethoden überlegen, die einzig auf vergangene Allokationen (i.e. Fortschreibungen) basieren. Die vorgeschlagenen Indikatoren sind unbeeinflusst von der existierenden (möglicherweise ungleichmäßigen oder unangemessenen) Verteilung bzw. Inanspruchnahme von ÄrztInnen, Dienstangeboten oder anderen Versorgungsstrukturen und sind daher besser geeignet, den objektiven Versorgungsbedarf in der Population abzuschätzen.

In Ontario (Kanada) soll die Auswahl bzw. die Anwendung von Methoden der Angebotsplanung und Ressourcenallokation für das Gesundheitswesen der nationalen Gesundheitsstrategie (Health Strategy) und einer Formulierung folgen, die vom Rat des Ministerpräsidenten verabschiedet wurde. Darin ist das Bestreben festgehalten, für die Bewohner der Region best verfügbare Bedingungen für ein langes, gesundes Leben zu schaffen und die Gleichwertigkeit aller Menschen für den Zugang zur medizinischen und sozialen Versorgung wird betont.

Vorgangsweise

Grundsatzüberlegungen zum Einsatz von Indikatoren des sozioökonomischen Status

Da bekannt ist, dass Gesundheit auch mit sozioökonomischen Faktoren zusammenhängt, müssen für eine umfassende Versorgungsplanung auch jene Maßnahmen in Betracht gezogen werden, die einer sozioökonomischen Benachteiligung entgegenwirken. Beispiele dafür sind Maßnahmen, wie Zugangsverbesserungen, Förderung des Risikobewusstseins oder Bildungsangebote.

Um diesen weit gefassten Handlungsrahmen zu gewährleisten, müssen daher Informationen über die sozioökonomischen Verhältnisse in der Bevölkerung bei der Erfassung der Planungsgrundlage mitberücksichtigt werden. Auch zur Einschätzung des relativen Nutzens müssen ergänzend andere Indikatoren – wie sozioökonomische – eingesetzt werden, da beispielsweise isolierte Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken mit Einschränkungen einhergehen. Der Grund dafür ist, dass sich ein relativer Nutzen in Gesundheitsstatistiken nicht zwingend ausdrückt, weil „gesundheitlicher Nutzen“ kein Endzustand ist, sondern relativ zur Ausgangslage gemessen werden muss. [53].

Diskussion von Indikatoren für eine bedarfsorientierte Planung und Allokation

alternative Indikatoren ohne Limitationen der Bedarfsmessung aus vergangenen Allokationen

Ziele/Bestrebungen der Versorgungsgestaltung folgen den nationalen Gesundheitsvisionen

umfassende Versorgungsplanung muss Maßnahmen der Linderung der Benachteiligung durch soziale Nöte mit erwägen

Ergänzung zu epidemiologischen Indikatoren, Einschätzung des relativen Nutzens von Versorgungsmaßnahmen

1. Identifikation von direkten Indikatoren

**direkte Indikatoren sind
Einschätzungen von
ÄrztInnen, sowie
Einschätzungen von
PatientInnen**

**diese besitzen jedoch
interessenbedingte
Limitationen**

Direkte Indikatoren sollen eine präzise Quantifikation der benötigten Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung erlauben. Prinzipiell können einerseits Einschätzungen von VertreterInnen der medizinischen Profession (LeistungserbringerInnen) eingesetzt werden. Ein zweiter Ansatz sind Selbsteinschätzungen durch Betroffene (LeistungsempfängerInnen). Obwohl die unmittelbare Versorgungsrealität damit direkt abgefragt wird, bestehen Limitationen. Individuen haben oft nicht das nötige Hintergrundwissen, um die Notwendigkeit bzw. Angemessenheit von Gesundheitsleistungen einzuschätzen, aber auch die objektiven Feststellungen von VertreterInnen der medizinischen Profession sind durch (in vielen Gesundheitssystemen offenkundigen) finanziellen Koppelungen an die Indikations- bzw. Diagnosestellungen verzerrungsgefährdet.

Indikatoren aus Inanspruchnahme-Daten

**Inanspruchnahmedaten
spiegeln zwar die Ist-
Situation der
Versorgung wider –
daraus den Versorgungsbedarf abzuleiten,
birgt jedoch das Risiko
von Verfälschungen**

Inanspruchnahme-Daten werden oft im Rahmen der Versorgungsplanung eingesetzt, bergen aber einige Limitationen. Eine Schwierigkeit besteht darin, dass ÄrztInnen als „LieferantInnen“ der Inanspruchnahmedaten gleichzeitig aber auch die „Gatekeeper“ für die Gesundheitsleistungen sind. Zudem ist die Inanspruchnahme auch vom bereits bestehenden Angebot abhängig. Somit besteht das Risiko, dass Verteilungsungleichheiten und Effizienzprobleme verborgen bleiben. Daher sind auch Inanspruchnahmedaten nur beschränkt als Indikatoren für die Einschätzung des Versorgungsbedarfs geeignet.

Indikatoren aus Fallregistern

**Register mit Erkrankungs-
fällen können
durch Angebotsinduktion ein verzerrtes Bild
liefern**

Fallregister zählen Fälle oder Inzidenzen. Da die Definition der Fälle (Diagnose) jedoch auch vom „Angebot“ (der zur Verfügung stehenden Diagnostik) abhängt, spiegeln auch sie den Bedarf zum Teil unvermeidbar verzerrt wider. Zudem sind flächendeckende und umfassende Fallregister wegen deren Kosten und Aufwand oft nicht realisierbar.

Indikatoren aus Befragungen (Surveys)

**interessengesteuerte
Verfälschungen und
Fixierung auf Krankheitszustände sind
limitierende Faktoren
von Befragungen**

Surveys können für die verschiedensten Analysen eingesetzt werden. Sie sind jedoch anfällig für interessengesteuerte Verfälschungen („potentially gamable“). So besteht zum Beispiel das Risiko von Übertreibungen durch die Befragten („overreporting“), um die eigene Position bei Fragen, die den eigenen Ressourcenbedarf betreffen zu verbessern. Eine weitere Limitation besteht darin, dass in der Befragung meist Krankheitszustände (als Endzustand) erfasst werden, die ein eingeschränktes Potential zur Abschätzung des Versorgungsbedarfs besitzen. Weiters sind Befragungen nur begrenzt durchführbar.

2. Identifikation von indirekten Indikatoren

**Surrogate für den
Bedarf**

Indirekte Methoden messen den Versorgungsbedarf anhand von objektiv messbaren Attributen (zum Beispiel Mortalität oder Sozialstatus), die mit dem Bedarf verbunden sind und es damit ermöglichen, den Bedarf indirekt zu schätzen.

Sozio-ökonomische Charakteristika

Sozio-ökonomische Faktoren sind beispielsweise Einkommen, Bildung oder die ethnische Zugehörigkeit. Um sie als Indikatoren des Versorgungsbedarfes einzusetzen und eine inadäquate Versorgungssituation zu charakterisieren, müssen als Voraussetzung die Zusammenhänge zwischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Faktoren der Lebenssituation hinreichend bekannt sein. Die statistische Adjustierung nach anderen Risikofaktoren ist eine Möglichkeit, mit dem dieser Zusammenhang besser sichtbar gemacht werden kann.

um von der sozioökonomischen Situation auf den Versorgungsbedarf schließen zu können, muss die Assoziation bekannt sein und ggf. statistisch analysiert werden

Soziale Benachteiligung als Indikator

Die Messung von Benachteiligung ist eine weitere Möglichkeit, den Versorgungsbedarf indirekt zu erfassen. Auch soziale Benachteiligungen zeigen (wie aus Beobachtungsstudien bekannt ist) deutliche Assoziation zum Gesundheitszustand und somit zum Versorgungsbedarf. Neben Einkommen, Ausbildung und Berufsgruppen sind auch die Umwelt, die Wohnverhältnisse und das individuelle Verhalten in Betracht zu ziehende Indikatoren. Es sind jedoch auch Limitationen der Messung von Benachteiligungen - insbesondere methodischer Art - bekannt.

soziale Benachteiligungen sind potentielle Indikatoren für Versorgungsbedarf

Indikatoren: Mortalität und Standardisierte Mortalitätsraten

Ein Vorteil von Mortalitätsraten besteht darin, dass diese Daten durch die verpflichtende Ausstellung von Sterbeurkunden flächendeckend verfügbar sind. Die Aussagekraft hinsichtlich des Versorgungsbedarfs ist aber umstritten. So ist beispielsweise die Korrelation zwischen Mortalität und schwerer Erkrankung oft nur schwach. Die Korrelation zwischen Morbidität und Mortalität ist generell unscharf und kann in bestimmten Subgruppen noch stärker divergieren. So wie charakteristische Mortalitätsraten nicht zwangsläufig auf eine entsprechende Morbidität schließen lassen, so können von der Mortalität auch nicht immer Rückschlüsse auf den Versorgungsbedarf gezogen werden. Einen gewissen Vorteil bieten standardisierte Mortalitätsraten, bei denen alters- und geschlechtsspezifische Verzerrungen herausgerechnet sind. Insgesamt bieten aber Mortalitätsraten dennoch einen leicht administrierbaren Indikator für den Versorgungsbedarf, speziell bei jenen Erkrankungen, bei denen die Morbidität stark mit der Mortalität bzw. dem Versorgungsbedarf korreliert.

Mortalitätsraten sind einfach administrierbare Indikatoren, zeigen jedoch nicht zwangsläufig bedeutenden Versorgungsbedarf auf, da die Assoziation zum Versorgungsbedarf schwach sein kann

Schlüsselemente

- ✿ Ausführliche Diskussion der Stärken und Schwächen von geeigneten Indikatoren zur Erfassung des Bedarfs an Versorgungsleistungen
- ✿ Public Health Perspektive mit Berücksichtigung sozio-ökonomischer Einflussfaktoren auf die Gesundheit, Inanspruchnahme von Versorgungseinrichtungen und epidemiologischen Indikatoren

5.5 Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG)

Übersicht

der ÖSG dient zur Planung, Steuerung und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung

laufende Umgestaltung und Verlagerung der Planungsverantwortung an die Länder

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG), Stand 2006, ist ein zentraler Teil der praktischen Ausgestaltung der Artikel 15a B-VG Vereinbarung [76] zwischen Ländern und Bund, durch die wesentliche Aspekte der Planung, Steuerung und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung behandelt werden.

Historisch ist der ÖSG aus der traditionellen Planungsmethodik für Standorte, Fächerstruktur (vertretene Fachrichtungen in einer Krankenanstalt) und Bettenangebot in Österreich entstanden. Seit der Gesundheitsreform 2005 erlebt der Plan eine massive Umgestaltung und dient nun als Rahmenplan für „Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG)“ auf Ebene der Bundesländer.

Struktur im ÖSG⁴

1. Ziel

grundsätzliche Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze, Konzeptionsziele

Im ÖSG werden grundsätzliche Leitbilder/Leitgedanken (Zielvorstellungen, Planungsgrundsätze) formuliert. Zum einen sind dies allgemeine Grundsätze (gerecht verteiltes Versorgungsangebot, qualitätsbasierte Leistungserbringung, integrierte Versorgung, sektorenübergreifendes Nahtstellenmanagement), zum anderen sind für verschiedene Versorgungssektoren (stationärer Bereich, ambulanter Bereich, Rehabilitationsbereich, Pflegebereich) sektorenspezifische Konzeptionsziele dargelegt. Im restlichen Teil wird auf die Versorgungssituation des Landes eingegangen.

sektorenspezifische Konzeptionsziele

2. Geografische Aufteilung in Versorgungsregionen

Zur geografischen Aufteilung dient ein Raster von 4 Versorgungszonen und 32 Versorgungsregionen (Abbildung 5.5-1, Versorgungszonen und -regionen).



Abbildung 5.5-1, Versorgungszonen und -regionen im ÖSG

⁴ Da es sich beim ÖSG um den finalen Plan handelt, wird statt der Vorgehensweise die Struktur des Plans dargestellt

Hauptkomponenten im ÖSG sind zwei umfassende Zahlentabellen (Matrizen) zur Versorgungssituation.

3. Versorgungssituation in Österreich - Planungsmatrix

Die Planungsmatrix präsentiert medizinische Versorgungsstrukturen bzw. -zahlen für sämtliche von der Gesundheitsplanung betroffene Sektoren (Anzahl der stationären Aufenthalte, Anzahl von Akut-Betten, Ärzte, ärztliche Vollzeitäquivalente, Pflegeplätze, mobile Dienste) innerhalb der 32 Versorgungsregionen Österreichs. Für die genannten Strukturen werden zum Teil konkrete Zielvorgaben gemacht (Bsp.: Zielvorgabe Unfallchirurgie: Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten).

Versorgungssituation in den Versorgungsregionen Österreichs

4. Versorgungssituation in Österreich - Versorgungsmatrix

Die zweite Matrix zeigt ein tiefer gehendes Bild der stationären Versorgungssituation. Alle stationären Aufenthalte werden aufgeschlüsselt nach den in Österreich seit 1997 eingesetzten Abrechnungs-Fallpauschalen (i.e. leistungs- und diagnoseorientierte Fallgruppen/LDF des leistungsorientierten Krankenhausfinanzierungs-Systems) aufgelistet. So ist beispielsweise für die Versorgungsregion Waldviertel (VR 32) ersichtlich, wie viele blinddarmentzündungs-bedingte stationäre Aufenthalte stattgefunden haben. Die Versorgungsmatrix stellt nicht nur die aktuellen Zahlen (im ÖSG 2006 sind es Zahlen von 2004) dar, sondern auch das geschätzte Aufkommen für das Jahr 2010. Diese Schätzungen dienen als Richtwerte für die Versorgungsangebotsplanungen der Länder und bilden die Grundlage für das Bandbreitenmodell.

Versorgungssituation aufgeschlüsselt nach Leistungs- und diagnoseorientierten Fallgruppen

Planungsrichtwerte

5. Einstufungsdefinitionen

Kernbestandteil des ÖSG sind ferner Definitionen zur Einstufung von Versorgungseinheiten und die damit verbundenen Ausstattungsvorgaben zur Durchführung bestimmter Leistungen. So werden etwa die Einrichtungen des Normalpflegebereichs (Referenzzentrum, Abteilung, Department, Fachschwerpunkt, Tagesklinik) oder Intensivstationen definiert, einschließlich verpflichtender Zahlen zur Personalbesetzung und dem zu offerierenden Leistungsangebot.

Einstufung von Gesundheitseinrichtungen anhand von Ausstattungsmerkmalen

6. Leistungsmatrix

In der Leistungsmatrix werden schließlich Ausstattungsmerkmale und Mindestfrequenzen (im ÖSG als „Qualitätskriterien“ bezeichnet) definiert, die eine Einrichtung für bestimmte „Ausstattungs-kritische“ Leistungen aufweisen muss, um diese durchführen und (via leistungsorientierte Fallpauschalen) vergütet bekommen zu können. Ausstattungsmerkmale bestehen im Wesentlichen aus Verfügbarkeit bestimmter medizinisch-technische Großgeräte und Möglichkeiten zur intensivmedizinischen Versorgung. Weitere Ausstattungsmerkmale sind etwa Mindestfrequenzen oder die Anbindung an andere Einrichtungen.

die Leistungsmatrix regelt die Ausstattung für apparativ aufwendige Leistungen

7. Betten- und Großgeräteplan

Zum ÖSG gehören letztendlich auch Zahlen zu den Betten im Normalpflegebereich und zur Verteilung von Großgeräten im Sinne einer homogenen Leistungsdichte. Auch hier werden jeweils Ist-Zahlen, sowie geschätzte Zahlen für 2010 präsentiert. Die Schätzungen dienen wiederum als Richtwerte („systemisierte Betten“ bzw. „Großgeräte-Plan“) für die Planungen der Länder.

homogene Versorgung durch Normalpflegebetten und Großgeräte

Beispiel eines regionalen Strukturplans folgend dem ÖSG - Regionaler Strukturplan Salzburg

**RSG Salzburg als erster
nach dem ÖSG aus-
gestalteter regionaler
Strukturplan Gesundheit**

Im regionalen Strukturplan Salzburg [77] wurde der ÖSG erstmalig umgesetzt. Die Ausführungen gehen zum Teil über die im ÖSG als Rahmen definierten Bereiche hinaus. So werden beispielsweise konkrete Maßnahmen des Nahtstellenmanagements und Empfehlungen für Umsetzungen genannt. Es existieren auch Pläne anderer Bundesländer.

Schlüsselemente

- ✿ gesetzliche Verankerung, gemeinsam von Bund und den Ländern beschlossen
- ✿ Rahmenplan mit verbindlichen Planungsbedingungen für die Gesundheitsplanungen der Länder
- ✿ detaillierte Konzeptionsziele
- ✿ Darstellung von Strukturdaten in allen Versorgungsbereichen (intramural, extramural, Rehabilitation und Pflege) und eine detaillierte Darstellung des Leistungsaufkommens im intramuralen Bereich
- ✿ Ausgehend von den Zahlen der Ist-Situation werden Schätzungen für die Zukunft berechnet, die als Richtwerte für die Landesplanungen dienen.
- ✿ Der Plan definiert für die Leistungsverrechnung relevante Ausstattungsmerkmale von Versorgungseinheiten sowie Ausstattungsvoraussetzungen (Mindestfrequenzen) für die Durchführung bestimmter medizinischer Einzelleistungen.

6 Kernelemente, Evidenzbasierung und Health Technology Assessment in der Versorgungsplanung

In den fünf analysierten Versorgungsplanungsmethoden sind Kernelemente des Planungsprozesses nur zum Teil ausreichend umfassend beschrieben, so dass sich daraus alleine keine Zusammenstellung von Kernelementen konstruieren lässt. Daher wird die Analyse der praktisch eingesetzten Planungsmethoden durch eine in der Theorie beschriebenen Versorgungsplanungsmethode ergänzt [10]. Das Ziel der Darstellung ist es, sich der Aufgaben der Versorgungsplanung anhand einer Gegenüberstellung von Prozessschritten in den ausgewählten Planungsmethoden zu nähern. Die Liste der Prozessschritte bzw. das Vorhandensein der Schritte in den jeweiligen Methoden hat dabei keine wertende Aussage. Es geht lediglich darum, einzelne Prozessschritte exemplarisch darzustellen und soll einen Anhaltspunkt zur Reflexion eigener Planungsprozesse sein.

Diese Prozessdarstellung wird auch zur Identifizierung von Ansätzen der Evidenzbasierung und den Einsatzmöglichkeiten von HTA Methoden eingesetzt.

6.1 Methodenvergleich anhand des Planungsprozesses und Identifikation von Kernelementen der Versorgungsplanung

Prozesscharakter der ausgewählten Planungsmethoden

Als Voraussetzung des Vergleichs des Planungsprozesses gilt, dass in der Veröffentlichung zur Planungsmethode eine prozessorientierte Darstellung der Planung gewählt wurde.

Planungsprozess im englischen HCNA ersichtlich	✿ Im englischen ‘Health care needs assessment’ (HCNA) [6] werden 8 Planungsschritte anhand des Protokolls von Stevens et. al. vorgegeben.
Planungsprozess im australische CHNAP ersichtlich	✿ Der australischen ‘Community health needs assessment for health service planning’ (CHNAP) [73] ist eine prototypische Festlegung eines Planungsprozesses zur partizipativen Erfassung und Priorisierung der gesundheitlichen Lage und der daraus abgeleiteten vordringlich notwendigen Maßnahmen der Versorgungsverbesserung. Die vorliegende Publikation schildert den Planungsprozesses bis hin zur Nennung von ausgesuchten Aktionen.
Planungsprozess im amerikanische CHAAP ersichtlich	✿ Auch das amerikanische ‘Community Health Assessment and Action Planning’ (CHAAP) [74] ist klar prozessorientiert. CHAAP umfasst eine separate Betrachtung des Leistungsangebots und der Bevölkerungsgesundheit, jeweils mit Prozessschritten zum Assessment, zur Priorisierung und schließlich zur Planung und Implementierung. Eingebettet ist der Prozess in einen Qualitätszirkel für die landesweite Public Health Tätigkeit (Minnesota’s Local Public Health Quality Improvement Process), die im speziellen auch die Actionplanung beinhaltet.
Planungsprozess im kanadischen PoNHRAP nicht beschrieben	✿ Die vorliegende Veröffentlichung zum kanadischen Ansatz des ‘Population needs-based health-care resource allocation and planning’ (PoNHRAP) [53] schildert keinen Planungsprozess. Vielmehr wird eine Übersicht zu möglichen Indikatoren für die Erfassung des Versorgungsbedarfs gegeben. Diese Versorgungsplanungsmethode scheidet damit für eine Diskussion des Planungsprozesses aus.
Hinweise auf den Planungsprozess im ÖSG ersichtlich	✿ Im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) [75] kommt der Planungsprozess nicht zur Sprache. Der Aufbau der Veröffentlichung ist nicht prozessorientiert. Indirekt lassen sich jedoch mehrere Einzelschritte eines Planungsprozesses identifizieren.
vier Planungsmethoden eignen sich zum Prozessvergleich	Insgesamt stehen somit vier Planungsmethoden als Grundlage der Analyse des Planungsprozesses bzw. der Identifizierung von Kernelementen der Planung zur Verfügung. Beim englischen HCNA, im amerikanischen CHAAP und im australischen CHNAP zeigen sich direkt Planungsschritte. Der ÖSG lässt sich ebenfalls zur Identifikation von Kernelementen einsetzen, da er indirekt Hinweise auf Planungsschritte liefert. Die Ausführungen zum kanadischen PoNHRAP sind jedoch zu spezifisch auf die Diskussion von Versorgungsbedarfs-Indikatoren ausgerichtet, daher wird sie für die Identifizierung von Kernprozessen in der Planung nicht herangezogen.
Thomas 2003 bildet den Referenzprozess	Als Referenz der Betrachtung der Planungsschritte dient die Darstellung des Planungsprozesses in der Monographie ‘Health Services Planning’ von Richard K. Thomas. Dabei handelt es sich um eine systematische Darstel-

lung von 14 Planungsschritten einer gemeinwohlorientierten Versorgungsplanung.

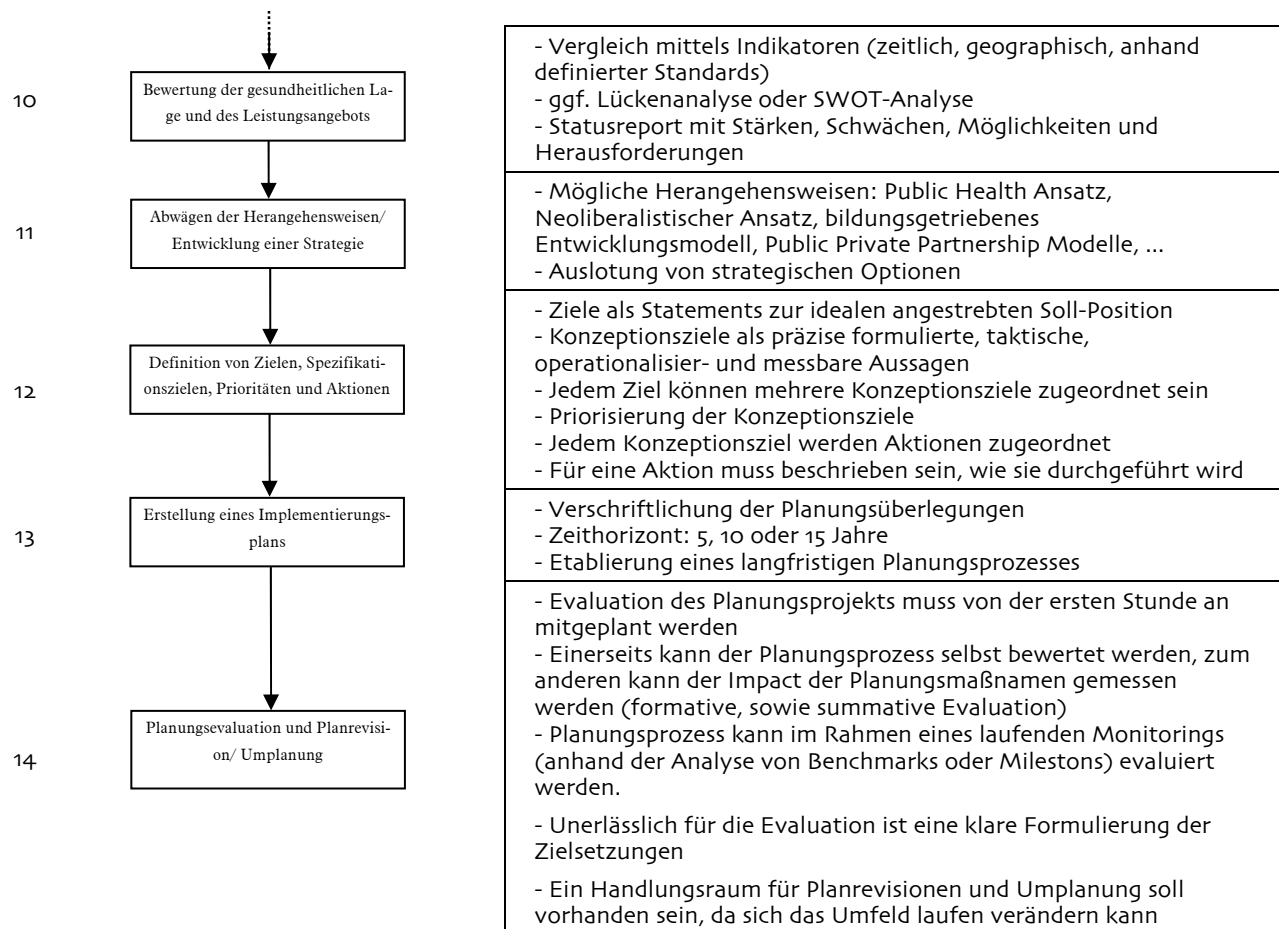
In Tabelle 6.1-1 sind die Aktivitäten dieser Prozessschritte detailliert beschrieben. Anhand der Gegenüberstellung der vier ausgewählten Planungsmethoden (HCNA, CHAAP, ÖSG, CHNAP) mit den Elementen dieser Liste wird überprüft, ob sich die theoretisch beschriebenen Elemente wiederfinden bzw. ob zusätzliche Elemente zu identifizieren sind.

Planungsschritte im „Health Services Planning“-Prozess aus Thomas 2003

In Thomas 2003 wird ein Planungsprozess beschrieben, der aus 14 Einzelschritten besteht. In Tabelle 6.1-1 werden die einzelnen Schritte beschrieben.

Tabelle 6.1-1, Beschreibung der Einzelschritte im "Health Services Planning"

1	Planung der Planung	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikation des Planungsauftrags - Identifikation der operativen Partner (Stakeholder, EntscheidungsträgerInnen, LeistungsträgerInnen, RepräsentantInnen...) - Definition des Prozessformats und des Prozessziels
2	Grundannahmen offenlegen	<ul style="list-style-type: none"> - Erwartete Ressourcen-/Budgetentwicklungen - Betreffende Regelungen/Gesetze - Demografische Trends - Erstattungssysteme - Interne Ressourcenverfügbarkeit - Weitere Aspekte des Gesundheitssystems
3	Definition von Leitbildern/Leitgedanken	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche nach bereits definierten Versorgungsplanungsprozessen - Hinterfragung der Leitbilder/Leitgedanken - ggf. Leitbilder/Leitgedanken formulieren - ggf. Leitbilder/Leitgedanken der Auftragsnehmergesellschaft reflektieren - Erreichen eines Konsens für Leitbilder/Leitgedanken
4	Initiale Informationsbeschaffung	<ul style="list-style-type: none"> - Literaturreview zu allen Materialien um das Versorgungssystem - Interviews mit Schlüsselpersonen, InformantInnen (unter Berücksichtigung deren Interessenperspektiven) - Identifikation der Hauptkräfte, die den Planungsprozess vorantreiben - Identifikation von Entscheidungsprozessen, Entscheidungsverantwortlichen, Rollen, Beziehungen und Barrieren/Resistenzen für den Planungsprozess
5	Projektplanung	<ul style="list-style-type: none"> - Planung des Planungsprojektes - Planungswerkzeuge (z.B.: Gantt Chart, kritischer Pfad Analyse)
6	Umweltanalyse	<ul style="list-style-type: none"> - Soziale Trends, Trends in der Gesundheitsindustrie - Regulatorische, politische und gesetzliche Entwicklungen - Technologische Entwicklungen - Vergütungsvereinbarungen - Review zum Hintergrund der sozialen, politischen, ökonomischen und technologischen Trends und Erschließung der Kontexte
7	Bestimmung der Zielgemeinschaft	<ul style="list-style-type: none"> - Abgrenzung der zu versorgenden Gemeinschaft - ggf. Einrichtung einer konstanten Vertretung der Zielgemeinschaft - Charakterisierung der Zielgemeinschaft (Kultur, Geographie, Umweltbedingungen)
8	Beschreibung des Gesundheitszustands der Bevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikation, Inventarisierung/Quantifizierung, Charakterisierung und Bewertung der folgenden Informationsbereiche: - Gesundheitlicher Status - Demografie - Soziokulturelle Faktoren - Psychografische Faktoren/ Lebensstil - Versicherungsstatus, Bereitswilligkeit zu privaten Gesundheitsausgaben
9	Beschreibung des Leistungsangebots und der Kapazitäten	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikation, Inventarisierung/Quantifizierung, Charakterisierung und Bewertung der folgenden Informationsbereiche: - Gesundheitseinrichtungen - Ausstattung - Gesundheitsprogramme und -dienste - Medizinisches Personal - Finanzielle Optionen - Bestehende Netzwerke und Beziehungen



Quelle: Thomas 2005 [10]; eigene Übersetzung

Ergänzend wird in Thomas 2003 die anschließende Phase der Implementierung des Plans beschrieben. Zur Implementierung gehört die Übergabe der Initiative vom Planungsteam an das Implementierungsteam. Da nun viele Akteure aus unterschiedlichen Verwaltungsebenen und Sektoren in Aktion treten, muss eine erfolgreiche Koordination mit großer Anstrengung angestrebt werden. Die Implementierung umfasst vielfältige Aktionen, die zu Änderungen der bisherigen Praxis führen [10].

**an den Planungsprozess
schließt die Im-
plementierung an**

Stufen der Übereinstimmung von Planungsschritten

Vergleich von Theorie und Praxis

In der folgenden Ausführung wird festgestellt, inwieweit sich die Inhalte der einzelnen Planungsschritte der Methode "Health Services Planning", aus Thomas 2003, mit Aktivitäten aus den ausgewählten Planungsmethoden decken. Die Übereinstimmung wird dabei durch 3 Stufen charakterisiert:

Tabelle 6.1-2, Stufen der Deckung von Planungsschritten

Stufen	Beschreibung
„Beschrieben“	In der eingeschlossenen Publikation zur Planungsmethode werden Aktivitäten des Planungsschrittes beschrieben
„Indirekte Hinweise vorhanden“	In der eingeschlossenen Publikation zur Planungsmethode sind indirekte Hinweise auf Aktivitäten des Planungsschrittes beschrieben.
„Keine Hinweise vorhanden“	In der eingeschlossenen Publikation sind keine Hinweise auf Aktivitäten des Planungsschrittes identifizierbar.

6.1.1 Planung der Planung

Planung der Planung als erster Schritt im theoretischen Pla- nungsansatz „Health Services Planning“ aus Thomas 2003

Zu Beginn des gesamten Planungsprozesses steht die Planung der Planung. In diesem Schritt [10] wird zunächst geklärt, wer oder welcher Auslöser hinter dem Planungsleitbild steht. Dazu werden antreibende Faktoren (politische Motivation, veranlassendes Problem) des Planungsauftrags identifiziert und die zu beteiligenden Akteure (InteressenvertreterInnen, KostenträgerInnen, RepräsentantInnen) kontaktiert. Die Herstellung dieser Kontakte und einer tragfähigen Kommunikation kann dabei durchaus einen politischen Charakter besitzen. Schließlich werden das Format, das Ziel und die organisatorischen Rahmenbedingungen (Anzahl der Treffen, Dokumentation) des Planungsprozesses festgelegt.

= im HCNA, CHNAP und CHAAP im beschrieben

In drei Planungsmethoden - im HCNA [6], im australische CHNAP [73] und im CHAAP - sind mehrere Aktivitäten beschrieben, die zum Schritt „Planung der Planung“ gezählt werden können. Im HCNA präsentiert sich das Master-Protokoll als umfassende Vorlage für den Planungsprozess, auch Hinweise auf den politischen Hintergrund des HCNA sind bereits enthalten. Im CHNAP werden eine vorausgehende Literaturrecherche, die Einrichtung eines Beirates und auch die Unterzeichnung des Protokolls durch einen Ethikbeirat erwähnt. Für den CHAAP [74] liegen gesetzliche und konsensbasierte Anforderungen an den Planungsprozess vor. In den vorliegenden Publikation zum ÖSG [75] liegt zum Schritt „Planung der Planung“ keine Beschreibung vor.

≠ keine Hinweise im ÖSG

6.1.2 Grundannahmen offenlegen

Zu Beginn der Planung, (aber auch in weiterer Folge) müssen handlungsleitende Grundannahmen zur Planung und des jeweiligen Gesundheitssystem offengelegt werden [10]. Dazu gehört es, den intendierten Geltungsbereich bzw. die Systemgrenzen/„Scope“ für Planungshandlungen abzustecken. Auch Vorannahmen zu erwarteten Entwicklungen (demografische Trends, erwarteter Ressourcenverbrauch) müssen in diesem Schritt explizit gemacht werden. Spezifischere Grundannahmen sollen im Rahmen der weiteren Informationsgewinnung kontinuierlich explizit gemacht werden.

Aktivitäten des Schrittes „Grundannahmen offenlegen“ werden mehr oder weniger in allen eingeschlossenen Planungsmethoden beschrieben. Allerdings betrifft dies stärker die Beschreibung der Hintergründe als eine Offenlegung von Grundannahmen bzw. zu den erwarteten Entwicklungen. Im englischen HCNA [6] werden dazu bereits im Master-Protokoll einige Aspekte beschrieben: Hier werden gesundheitspolitische Hintergründe und methodische Grundannahmen (utilitaristischer Ansatz) genannt. Im Ansatz des australischen CHNAP [73] wird als Grundannahme beispielsweise angemerkt, dass die Partizipation der Bevölkerung als demokratisches Grundrecht betrachtet wird. Im ÖSG [75] werden die Richtwerte zu den erwarteten Inanspruchnahmeentwicklungen genannt (die zum Teil auf der erwarteten demografischen Entwicklung aufsetzen) und auf gesetzliche Rahmenbeschlüsse hingewiesen. Im Ansatz des amerikanischen CHAAP [74] wird, wie im ÖSG, auf die gesetzliche Basis, sowie auf die Zuständigkeit/Verantwortung der Public Health Institutionen hingewiesen.

= in allen Planungsmethoden (HCNA, CHNAP, ÖSG und CHAAP) beschrieben

6.1.3 Definition von Leitbildern/Leitgedanken

Innerhalb dieses Schrittes wird das Planungsleitbild reflektiert [10]. Es wird geklärt, ob es in der betroffenen Verwaltungseinheit bereits einen definierten Planungsprozess gibt, und ob es bereits definierte Leitbilder/Leitgedanken in übergeordneten oder parallelen Initiativen gibt. Gegebenenfalls muss der Planungsprozess auf dem entsprechenden Systemebenen erst etabliert und Leitbilder/Leitgedanken initial formuliert werden. Leitbilder/Leitgedanken sollen auf einem Konsens der beteiligten Akteure beruhen.

Alle eingeschlossenen Methoden zeigen einzelne Aktivitäten einer Revision der Leitbilder/Leitgedanken. Schwerpunkt in allen Methoden bildet die Formulierung der Leitbilder/Leitgedanken und deren Begründung. Eine Reflexion der Leitbilder/Leitgedanken wird jedoch in keiner der Methoden explizit gemacht. Im englischen HCNA [6] wird im einleitenden Part auf den politischen Kontext aufmerksam gemacht. Im australischen CHNAP [73] folgt die Planung dem Auftrag einer lokalen Gesundheitsbehörde, deren Planungsleitbild konkret angeführt. Im ÖSG [75] herrscht Übereinstimmung hinsichtlich der Leitbilder/Leitgedanken, welche sich in der gesetzlichen Verankerung des zwischen den Hauptakteuren erzielten Konsenses niederschlägt. Im CHAAP [74] zielen die Leitbilder/Leitgedanken darauf ab, allen Bürgern von Minnesota Zugang zu öffentlichen Gesundheitsmaßnahmen zu ermöglichen.

= in allen Planungsmethoden (HCNA, CHNAP, ÖSG und CHAAP) beschrieben

6.1.4 Initiale Informationsbeschaffung

Die initiale Informationsbeschaffung wird anhand verschiedener Methoden durchgeführt [10]. Sie umfasst eine Literaturrecherche, Interviews mit Schlüsselpersonen, die Identifikation der „Hauptbeweggründe“, die den Planungsprozess antreiben, sowie der EntscheidungsträgerInnen, die die Weichen im System stellen. Bei der initialen Informationsbeschaffung werden das Geflecht von Rollen und Beziehungen im Handlungsfeld identifiziert und potentielle Barrieren der Planumsetzung ausgelotet.

= nur im CHNAP
beschrieben

Eine initiale Informationsbeschaffung im Sinne der oben definierten Aktivitäten wird lediglich im australischen CHNAP [73] explizit gemacht. In den anderen drei Methoden (HCNA [6], ÖSG [75], CHAAP [74]), liegt keine Beschreibung dieser Aktivitäten vor.

6.1.5 Projektplanung

Der Projektplan für den Planungsprozess wird erstellt [10]. Allgemein übliche Planungswerkzeuge sollen dabei eingesetzt werden.

= im CHNAP und
CHAAP Hinweise auf
Projektplanung

In zwei der Methoden (CHNAP [73] und CHAAP [74]) gibt es Hinweise auf die Projektplanung. Im HCNA [6] und im ÖSG [75] werden Projektplanungsaktivitäten nicht speziell erwähnt.

6.1.6 Umweltanalyse

Die Umweltanalyse ist der einleitende Schritt der Informationsgewinnung [10]. Begonnen wird in der Makro-Perspektive (multinational/national). Es werden allgemeine soziale Trends, sowie Trends in der Gesundheitsindustrie und bei regulatorischen, politischen und gesetzlichen, aber auch technischen Entwicklungen in Erfahrung gebracht. Auch allgemeine Entwicklungen bei Vergütungsvereinbarungen sollen erfasst werden. Dieser Review von sozialen, politischen, ökonomischen und technologischen Trends dient als Ausgangspunkt, von dem aus in das konkrete Betätigungsfeld der Planung eingestiegen wird.

≠ keine Hinweise auf
Aktivitäten der Um-
weltanalyse

Eine Umweltanalyse mit Schwerpunkt auf der Darstellung von allgemeinen Trends ist in keiner der eingeschlossenen Publikationen der Planungsmethoden beschrieben.

6.1.7 Bestimmung der Zielgemeinschaft

Die Zielgemeinschaft kann bereits durch die Geografie oder Verwaltungsbe-
reiche determiniert sein [10] oder muss gemäß des Auftrags definierte wer-
den. Schließlich erfolgt die Charakterisierung der Zielgemeinschaft nach
Kultur, Urbanisierung und Umweltbedingungen.

≈ im HCNA, CHAAP und
ÖSG Hinweise

HCNA [6], CHAAP [74] und der ÖSG [75] haben implizit die Nation als Zielgemeinschaft. Allerdings erfolgt im HCNA eine fachliche Unterteilung nach Erkrankungsgruppen, während im ÖSG (als Rahmenplan) die spezifische Planung an die Länder weitergegeben wird.

Die Zielbevölkerung des australischen CHNAP [73] ist explizit die Planungsregion Port Stevens/„Tomaree planning district“. Eine zusätzliche Charakterisierung der Zielbevölkerung ist in den ausgewählten Publikationen jedoch nicht enthalten.

= im CHNAP definiert

6.1.8 Beschreibung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung

Zur Skizzierung der gesundheitlichen Lage gehören Informationen zum gesundheitlichen Status, aber auch zur Demografie, zu soziokulturellen Faktoren, zu psychographische Faktoren/ zum Lebensstil, zum Versicherungsstatus, aber auch z.B. die Bereitschaft zu privaten Gesundheitsausgaben [10].

HCNA [6] und CHAAP [74] sind maßgeblich durch die Erfassung/Beschreibung des Gesundheitszustandes charakterisiert. Auch im CHNAP [73] bilden epidemiologische Statistiken, sowie Selbsteinschätzungen der Betroffenen wesentliche Grundlage der Informationsbeschaffung. Im ÖSG [75] fließen zwar in das Modell zur Berechnung von Richtwerten Informationen aus der internen Public Health Datenbank (ÖGIS) ein. Eine explizite Darstellung der Bevölkerungsgesundheit scheint im ÖSG jedoch nicht auf.

= in HCNA, CHAAP und CHNAP beschrieben

≠ im ÖSG keine Hinweise

6.1.9 Leistungsangebot/Kapazitäten in der Zielgemeinschaft

Die Bestandsaufnahme der Ausstattung bzw. der Ressourcen der Zielgemeinschaft entspricht einer Beschreibung der Leistungserbringungsseite [10]. Dazu gehören die vorhandenen Gesundheitseinrichtungen, deren Ausstattung, eingesetzte Gesundheitsprogramme und -dienste, das medizinische Personal, finanzielle Optionen sowie bestehende Netzwerke und Beziehungen.

Die Beschreibung des Leistungsangebots bzw. der Kapazitäten ist in allen vier Methoden HCNA [6], CHNAP [73], ÖSG [75] und CHAAP [74] eine grundlegende Planungsaktivität und dementsprechend ausführlich vertreten.

= in HCNA, CHNAP, ÖSG und CHAAP beschrieben

6.1.10 Bewertung von Gesundheitszustand der Bevölkerung und (möglichem) Leistungsangebot/Kapazitäten

Für die Bewertung der gesundheitlichen Lage und der Ausstattung der Gesundheitsversorgung sind Indikatoren von besonderer Bedeutung [10]. Verschiedene Vergleiche (mit derzeitigen Standards oder mit anderen Sektoren) ermöglichen die Beurteilung des Ist-Zustandes. Ein mögliches Werkzeug der Lagebeurteilung ist die SWOT-Analyse, die primär für die Beurteilung von Organisationen eingesetzt wird.

= im HCNA, CHNAP und
CHAAP beschrieben

≠ im ÖSG keine
Hinweise

Die Bewertung der Versorgungssituation ist in den eingeschlossenen Planungsmethoden etwas unterschiedlich. Generell verfügen drei Planungsmethoden über Aktivitäten der Beurteilung. Im englischen HCNA [6] erfolgt die Bewertung vorwiegend ausgehend von den eingesetzten Diensten/Interventionen (Effektivität und Effizienz von Maßnahmen/Technologien; HTAs). Im australischen CHNAP [73] kann die nominale Gruppentechnik als Bewertungselement betrachtet werden. Das amerikanische CHAAP [74] zeigt bei der Bewertung am klarsten eine typische Gegenüberstellung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung mit dem vorhandenen Leistungsangebot. Im ÖSG [75] wird keine interpretierende Bewertung der Situation vorgenommen.

6.1.11 Abwägen der Herangehensweisen/ Entwicklung einer Strategie

Hinsichtlich der dargestellten Situation und der Herausforderungen, die sich stellen, muss eine geeignete Vorgangsweise gewählt werden [10]. Die bisherige Analyse sollte ermöglichen, eine generelle Strategie zu entwickeln. Wenn dies noch nicht möglich ist, sollten zumindest Handlungsoptionen formuliert werden. Die Strategie sollte danach ausgewählt werden, inwieweit die Zielgesellschaft für Änderungen empfänglich ist. So kann von Fall zu Fall entweder ein Ansatz, der auf die Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung abzielt, vorteilhaft sein, oder aber ein zentrales Reglement, beispielsweise für Änderungen der Versorgungsstrukturen, gewählt werden.

= im HCNA und CHAAP
beschrieben

≠ im CHNAP und ÖSG
keine Hinweise

Zwei der eingeschlossenen Planungsmethoden beschreiben Aktivitäten der Strategiefindung. Im englischen HCNA [6] werden quantifizierbare Angaben zum Versorgungsmodell gemacht und Empfehlungen zum anzustrebenden Versorgungsmodell formuliert (Schritt 6). Im amerikanischen CHAAP [74] wird das Abwägen der Vorgangsweise für jedes priorisierte Thema der öffentlichen Gesundheit einzeln vorgenommen.

HNAP [73], wo zwar eine Priorisierung der Dienste vorgenommen wird, und ÖSG [75] enthalten keine Ausführungen der Strategieentwicklung.

6.1.12 Definition von Zielen, Spezifikationszielen, Prioritäten und Aktionen

In diesem Schritt werden in vier Stufen die Planungsinhalte formuliert. Übergeordnete Bestrebungen werden als Ziele festgehalten und an operationalisierbaren Konzeptionszielen fest geknüpft und mit Prioritäten versehen. Schließlich werden die Umsetzungsaktivitäten beschrieben.

≠ im HCNA, ÖSG und
CHNAP keine Hinweise

= im CHAAP
beschrieben

HCNA [6], CHNAP und ÖSG beinhalten nicht alle dieser vier Planungsschritte, da in allen drei Fällen beispielsweise die Aktivität der Beschreibung der konkreten Planungsaktivitäten fehlt.

Im CHAAP [74] werden konkrete Ziele und Implementierungswege erarbeitet.

6.1.13 Erstellung eines Implementierungsplans

Dieser Schritt umfasst die Verschriftlichung der Planungsinhalte.

HCNA [6] und CHNAP [73] fordern keine konkreten Umsetzungspläne. Im ÖSG [75] erfolgt die Detailplanung in den Ländern, wobei konkrete Implementierungspläne nicht verlangt werden.

≠ im HCNA, ÖSG und CHNAP keine Hinweise

CHAAP [74] sieht ausführliche Aktionsbeschreibungen in den Planungsdokumenten vor.

= im CHAAP beschrieben

6.1.14 Planungsevaluation und Planrevision/Umplanung

Der Planungsprozess sowie das Planungsergebnis werden evaluiert. Ebenso muss die Möglichkeit einer Planrevision oder Umgestaltung geschaffen werden.

In HCNA [6] und CHNAP [73] sind keine Aktivitäten der Re-Planung bzw. Umplanung beschrieben. Im CHAAP [74] ist diese Aktivität im Rahmen der zyklischen Qualitätsverbesserung vorgesehen und der ÖSG [75] ist seit der Gesundheitsreform 2004 massiven Änderungen unterworfen.

≠ im HCNA und CHNAP keine Hinweise
= im CHAAP und ÖSG beschrieben

Weiter Planungsaktivitäten des Health Services Planning in den eingeschlossenen Publikationen

Folgende Elemente sind als Prozessschritte beschrieben, lassen sich jedoch nicht in die Zusammenstellung der Elemente aus der Monographie von Thomas [10] einordnen:

HCNA

- ✿ Erbringung des Effektivitätsnachweises von in Betracht gezogenen Gesundheitstechnologien
- ✿ Benennung von weiterem Forschungsbedarf

CHNAP

- ✿ Betonung der aktiven Partizipation der Bevölkerung

Tabelle 6.1-3, Übereinstimmung der Aktivitäten in ausgewählten Planungsprozessen mit dem Referenzprozess

	HSP (Thomas 2003)	HCNA	CHNAP	CHAAP	ÖSG ⁵
1	Planung der Planung	=	=	=	≠
2	Grundannahmen offenlegen	=	=	=	=
3	Definition von Leitbildern/Leitgedanken	=	=	=	=
4	Initiale Informationsbeschaffung	≠	=	≠	≠
5	Projektplanung	≠	=	=	≠
6	Umweltanalyse	≠	≠	≠	≠
7	Bestimmung der Zielgemeinschaft	=	=	≈	≈
8	Beschreibung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung	=	=	=	≠
9	Beschreibung des Leistungsangebots und der Kapazitäten	=	=	=	=
10	Bewertung	=	=	=	≠
11	Abwägen der Herangehensweisen/Entwicklung einer Strategie	=	≠	=	≠
12	Definition von Zielen, Spezifikationszielen, Prioritäten und Aktionen	≠	≠	=	≠
13	Erstellung eines Implementierungsplans	≠	≠	=	≠
14	Planungsevaluation und Planrevision/Umplanung	≠	≠	=	=
= ...beschrieben ≈ ... Hinweise ≠ ... keine Hinweise					

⁵ Die Prozessschritte sind indirekt aus dem finalen Plan abgeleitet

6.2 Möglichkeiten einer evidenzbasierten Planungspraxis

Nachdem im Kapitel (3) Grundlagen eine Reihe von Konzepten der Evidenzbasierung vorgestellt wurde, wird nun für Planungsprozesse untersucht, in wie weit hier evidenzbasierte Konzepte eingesetzt werden können – was also als evidenzbasiertes Vorgehen im Planungsprozess gewertet werden kann. Dazu werden verschiedene Ansätze der Evidenzbasierung, die in Kapitel 3.6 vorgestellt wurden, in Erwägung gezogen.

6.2.1 Evidenzbasierte Vorgangsweise in den ausgewählten Planungsmethoden

Elemente der Evidenzbasierung im britischen HCNA

In einem der acht Schritte („Effektivität von Versorgungsdiensten bzw. Interventionen“) wird beim HCNA [6] für jede in Betracht gezogene Gesundheitsmaßnahme/Intervention ein Nutzenbeleg mittels etablierter evidenzbasierter Methoden gefordert. Wenn beispielsweise eine bestimmte Hüftgelenksprothese zum Einsatz kommt, müssen Studien zur wirksamen, sicheren und effizienten Anwendung dieser Prothese im Rahmen von Übersichtsarbeiten oder HTAs zu Rate gezogen werden.

integrierte Prüfung der Effektivität mittels evidenzbasierter Methoden

Elemente der Evidenzbasierung im australischen CHNAP

Eine vorausgehende Literaturrecherche zu potentiell einsetzbaren Methoden des Needs Assessment bildete im CHNAP [73] die Grundlage für die Erarbeitung der Planungsstrategie und stellt damit einen typischen Schritt evidenzbasierten Vorgehens dar.

Literaturrecherche

Am Ende der Planung wurde die Anwendung der Planungsstrategie einschließlich Befragungen zur Anwendung evaluiert und Empfehlungen abgegeben, welche Teilmethoden die besten Kosten-Nutzeneffekte aufweisen. Auch diese formative und summative Evaluation mit abschließender Empfehlung entspricht evidenzbasiertem Vorgehen.

formative und summative Evaluation

Elemente der Evidenzbasierung im amerikanischen CHAAP

Die Methode CHAAP beschreibt einen Planungsprozess, der eine Analogie zu fünf Elementen der evidenzbasierten Vorgangsweise (wie in Kapitel 3.4 beschrieben) aufweist. Der Prozess selbst zeigt somit die Charakteristik der Evidenzbasierung.

Planungsprozess weitgehend analog mit Prozess der evidenzbasierten Praxis

Elemente der Evidenzbasierung im kanadischen (PoNHRAP)

Im Artikel „Population needs-based health-care resource allocation and planning,“ [53] werden Möglichkeiten diskutiert, die Fragestellung „Wie kann eine Planung erfolgen, die den Bedürfnissen der Bevölkerung möglichst gerecht wird“ zu beantworten. Dies entspricht einer evidenzbasierten Vorgangsweise dahingehend, als hier eine Fragestellung operationalisiert wird und eine Methodenwahl unterstützt wird. Im Rahmen dieser kritischen Auseinandersetzung mit Methoden der objektiven Bedarfsschätzung werden Hintergründe für Wahl der Indikatoren verdeutlicht, es werden auch alter-

transparente Methodendiskussion als Element der Evidenzbasierung

native Indikatoren diskutiert. Es werden Stärken und Schwächen von Indikatoren analysiert und weiterführender Forschungsbedarf genannt.

Elemente der Evidenzbasierung im ÖSG

zu wenig Informationen
über den Pla-
nungsprozess um An-
sätze der Evidenzba-
sierung analysieren zu
können

Im ÖSG sind nationale Planungszielsetzungen und das bestehende, sowie das erwartete Leistungsaufkommen umfassend dargestellt. Allerdings werden einige Prozessschritte nicht transparent gemacht, so etwa in welcher Form die ExpertInneneinbindung erfolgt oder wie Kenntnisse über die Bevölkerungsgesundheit in die Planung des Leistungsangebots einfließen. Da insgesamt zum methodischen Vorgehen bei der Planung zu wenig explizites Material vorliegt, können zu konkreten Ansätzen der Evidenzbasierung keine Aussagen gemacht werden.

6.2.2 Evidenzbasiertes Vorgehen als Merkmal des gesamten Planungsprozesses

Dieser zweite Analyseansatz stellt Schritte der Evidenzbasierung (die in Sackett 1999 [29] formuliert sind) den Schritten im Planungsprozess gegenüber. Damit wird die Hypothese überprüft, ob der in Thomas 2003 [10] beschriebene Planungsprozess als Ganzes einen - der evidenzbasierten Vorgangsweise entsprechenden - Prozess darstellt.

Tabelle 6.2-1, Gegenüberstellung von Schritten der Evidenzbasierung und Einzelschritten im Planungsprozess

Evidenzbasierung [29]	Einzelschritte der Planung (Auszug) [10]
Operationalisierung der Fragestellung	Festlegung des Planungsziels
Systematische Suche	Berücksichtigung von Evidenz aus den Informationsbasen und methodischen Optionen
Kritisches Appraisal/ Synthese der Evidenz/ Empfehlung	gesammelte Informationen bewerten und Herangehensweisen abwägen Planerstellung
Anwendung	Planimplementierung
Evaluation	Planevaluation

für alle Schritte der
Evidenzbasierung lassen
sich im Planungsprozess
analoge Elemente
identifizieren

Tabelle 6.2-1 stellt beide Prozesse gegenüber. Die Operationalisierung der Fragestellung (1. Komponente der Evidenzbasierten Praxis) steht im Planungsprozess in Analogie zur Festlegung des Planungsziels. Die 2. Komponente der evidenzbasierten Praxis - die systematische Suche - besteht im Planungsprozess darin, die Informationen zur Situation und zu den erwarteten Entwicklungen zu sammeln. Die 3. Komponente der evidenzbasierten Praxis kann im Planungsprozess damit verglichen werden, die verfügbaren Informationen zu erheben/bewerten, verschiedene Herangehensweisen abzuwägen und schließlich den Plan zu erstellen. Wird die Planimplementierung (oder Plananwendung) und Planevaluation auch zum Planungsprozess gerechnet, sind damit auch die 4. und 5. Komponente der evidenzbasierten Praxis (EBP) erfüllt: die Anwendung der gewonnen Erkenntnisse entspricht der Planimplementierung, die Evaluation der Anwendung jener der Evaluation der Planung.

Dieser Vergleich der Schritte der Evidenzbasierung [78] mit jenen des Planungsprozesses [10] zeigt, dass der von Thomas beschriebene Planungsprozess selbst große Analogie zu einer evidenzbasierten Vorgangsweise aufweist. Ein systematischer Planungsprozess, wie er beispielsweise im CHAAP beschrieben wird, kann somit ebenfalls als praktiziertes evidenzbasiertes Vorgehen betrachtet werden, wenn er vergleichbare Schritte enthält.

6.2.3 Evidenzbasierung in planungstypischen Informationsbasen und bei eingesetzten Methoden

In diesem Lösungsansatz wird untersucht, welche Informationsbasen und Methoden im Planungsprozess auftreten und welche Implikationen diese für ein wissenschaftliches Vorgehen bzw. möglichen Ansätzen der Evidenzbasierung haben. Da eine umfassende Berücksichtigung und transparente Nutzung der Informationsbasen - in Verbindung mit einer geeigneten Methodenwahl - einer pragmatischen evidenzbasierte Vorgangsweise im Planungsprozesses gleichkommt (vgl. Kapitel 3.6.4), ergibt sich aus der näheren Betrachtung dieses „Evidenzfundus“ eine detailliertere Sicht auf Möglichkeiten der wissenschaftlichen Führung des Planungsprozess. So kann evidenzbasierte Praxis bedeuten, dass die besten verfügbaren Gesundheitsstatistiken zur Morbidität oder Mortalität eingesetzt werden, oder, dass die besten verfügbaren Methoden der Nutzenanalyse oder der Simulation von Zukunftsszenarien eingesetzt werden. Für diese Betrachtung/Analyse, wird in der Abbildung 6.2-1 für jeden einzelnen Prozessschritt der Planung aufgeschlüsselt, welche Informationsbasen zu Rate gezogen werden und welche Methoden zur Auswahl stehen bzw. eingesetzt werden.

eine Aufschlüsselung des Evidenzfundus des Planungsprozess, sowie nach den einzelnen Prozessschritten soll zu Tage bringen, wie Evidenzbasierung im Planungsprozess realisiert werden kann

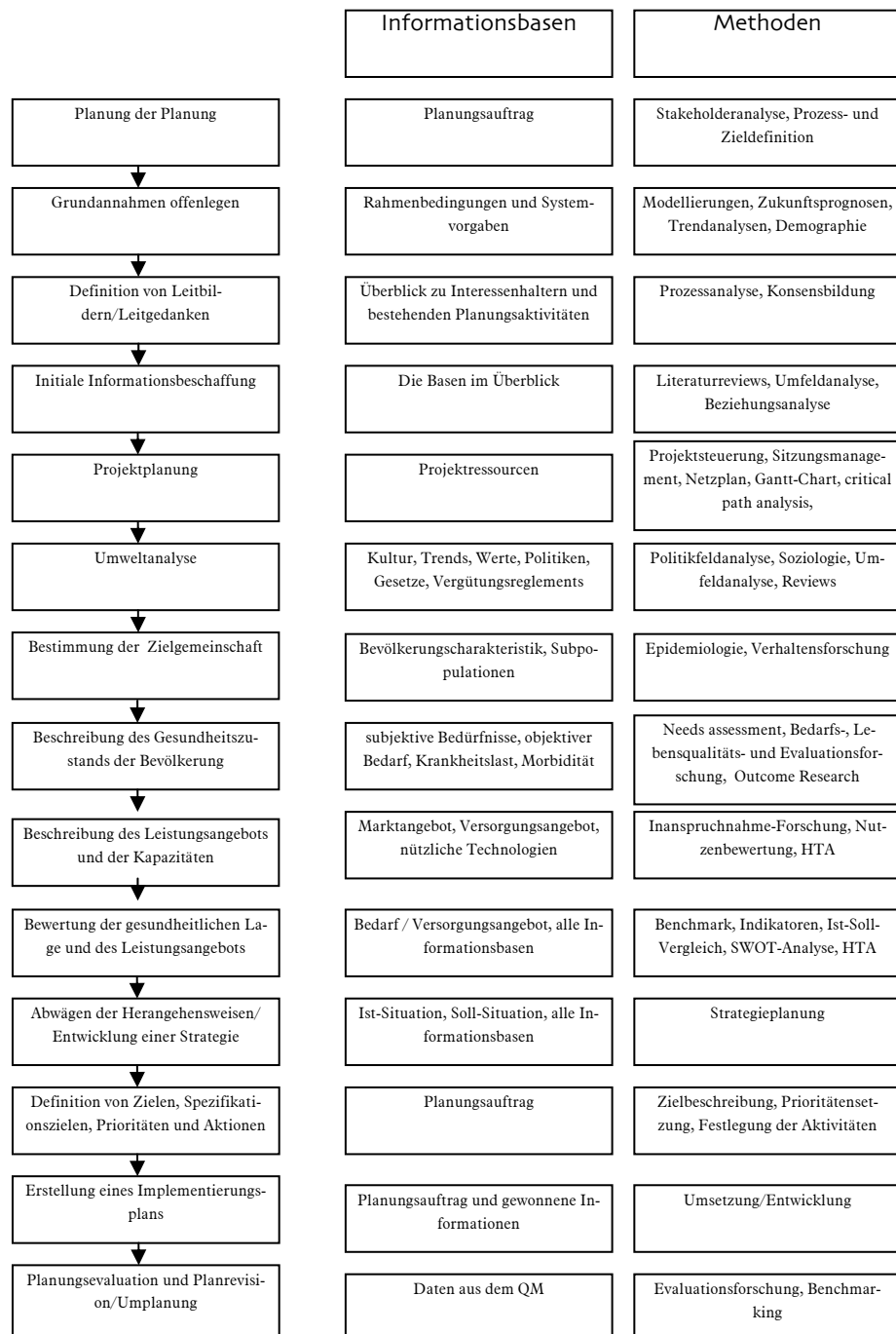


Abbildung 6.2-1: Identifikation von Informationsbasen und Methoden im Planungsprozess

Zusammengefasst lassen sich am Planungsprozess vier Evidenzbereiche identifizieren, die den „Evidenzfundus“ der Planung bilden:

✿ **Gesundheitsbezogene Informationen**

- ✿ Informationen zu den gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung (Subjektiver Bedarf)
- ✿ Objektive Informationen zur Bevölkerungsgesundheit (Objektiver Bedarf)
- ✿ Informationen, welche gesundheitlichen Bedürfnisse gerechtfertigter Weise von der Gemeinschaft getragen werden sollen (objektiver Behandlungsbedarf)

✿ **Angebotsbezogene Informationen**

- ✿ Informationen zum verfügbaren Leistungsangebot (Gesundheitsdienstangebot)
- ✿ Informationen, welche der angebotenen Gesundheitstechnologien bzw. -maßnahmen nachweislich einen Nutzen erbringen (Maßnahmen mit gesichertem Nutzen)
- ✿ Informationen zur Verfügbarkeit von Ressourcen

✿ **Kontextuelle Informationen**

- ✿ Informationen zum derzeitigen Reglement bzw. der Handhabungspraxis (health policies, Alltagspraxis,...)
- ✿ Informationen zu den Präferenzen und Werten der Gesellschaft (aus Politikpapieren, Zeitungsberichten oder aus Statements von Organisationen, sowie wissenschaftliche Veröffentlichung mit verschiedenartigen Designs)
- ✿ Informationen über die zu erwartenden Entwicklungen/Zukunftsprognosen (prospektive Modelle, demografische Trends)

✿ **Benötigte Methoden**

- ✿ Eine Vielzahl von qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden
- ✿ Primär- sowie zusammenfassende Sekundärstudien
- ✿ Spezifische Planungsmethodik (Planung im engeren Sinne)
- ✿ Methoden des Projektmanagements

Es zeigt sich, dass der Planungsprozess auf unterschiedliche Weise evidenzbasiert gestaltet sein kann, insbesondere innerhalb der verschiedenen genannten Bereiche sowie der Prozessschritte. Daher muss sich auch die Evidenzbasierung abhängig vom Prozessschritt unterscheiden.

Exemplarisch soll dies anhand von drei Kerntätigkeiten (Recherche, Qualitätsbewertung der Evidenz, Evidenzsynthese) konkretisiert werden.

Je nach Informationsbasis können Recherchen nach grauer Literatur oder Recherchen anhand von Befragungen fallweise besser geeignet sein als eine systematische Suche in der veröffentlichten Literatur. So kann eine Befragung von ExpertInnen vor Ort beispielsweise Auskunft über potentielle Implementierungshürden, Sekundär- oder Folgemaßnahmen geben, während eine systematische Suche in publizierten Beobachtungsstudien Einblicke in das Nebenwirkungsspektrum einer geplanten Maßnahme geben kann.

**heterogene Konzepte
der Evidenzbasierung im
Planungsprozess**

angepasste Recherchen

**erweitert Formen der
Qualitätsbewertung von
Evidenz**

Weiters müssen für die kritische Beurteilung diverser Informationsquellen in der Regel unterschiedliche Maßstäbe der Qualitätsbeurteilung eingesetzt werden. Während für die Beurteilung der Qualität der Evidenz von Studien zur Wirksamkeit Fragen der Randomisierung, der Verblindung und der Biaskontrolle wichtig sind, so muss beispielsweise für die Beurteilung eines Modells einer zukünftigen Entwicklung geprüft werden, inwieweit die zugrundeliegenden Daten valide und reliabel sind, die Modellmethode adäquat ausgewählt und die Ergebnisse (extern) validiert wurden.

**andere Formen der
Evidenzsynthese**

Schließlich fordert auch die Synthese der Evidenz ein erweitertes Methodenspektrum. So gestaltet sich die Zusammenfassung von qualitativen Studienergebnissen weitgehend anders, als die Vorgangsweise der Zusammenfassung von Evidenz bei klinischen Fragestellungen. Während für die Zusammenfassung klinischer Studien die Methodik der Systematischen Übersichtsarbeit Goldstandard ist, gestaltet sich die Evidenzsynthese bei Fragen zu Implementierungs- oder Organisationsaspekten weitaus vielfältiger (Siehe Kapitel 3.6.8). Wenn bei der Evidenzgenerierung aus den unterschiedlichen Bereichen auch nicht immer dieselben Kriterien angewendet werden können, so ist in jedem Fall eine kritische, reflektierte Herangehensweise möglich.

Das Konzept der Evidenzbasierung für Planungsfragen gestaltet sich somit „vielfältig“ bzw. muss spezifisch definiert werden (zum Beispiel mithilfe des PARIHS Framework [79]). Dieses Framework soll durch eine systematische Analyse des benötigten Informationen und des benötigten Wissens, die Wahl der Evidenzmethoden erleichtern.

6.3 Beitrag von Health Technology Assessment zur Versorgungsplanung

**Aufgaben von HTA
Institutionen**

In vielen europäischen Staaten sind Health Technology Assessment (HTA) Institutionen in verschiedener Form in das nationale Gesundheitswesen integriert. Die Aufgaben [80] bestehen unter anderem in der

- ✿ Entwicklung von Entscheidungsgrundlagen für Refundierungsentscheidungen, Anwendungs- bzw. Leistungskataloge (Großbritannien: NICE und externe HTA-Institute, Deutschland: IQWiG, Frankreich: ANAES, Spanien: AETS, Österreich: Ludwig Boltzmann Institut HTA)
- ✿ Entwicklung von Leitlinien bzw. Guidelines und PatientInneninformationen (Deutschland: IQWiG, Niederlande: DACEHTA, Schweden: SBU, Finnland: FINNOHTA, Großbritannien: NICE und externe HTA-Institute, Österreich: Ludwig Boltzmann Institut HTA)

Definition von HTA

M. Perleth definiert HTA als „eine Form der Politikfeldanalyse, die systematisch kurz- und langfristige Konsequenzen der Anwendung einer medizinischen Technologie, einer Gruppe verwandter Technologien oder eines technologiebezogenen Sachverhalts untersucht“ [81]. Weitere Definitionen finden sich im Handbuch des Ludwig Boltzmann Institut HTA [46].

Da mit der Definition und anhand der Aufgaben von HTA auch planerische Aspekte angesprochen werden, soll in diesem Kapitel untersucht werden, für welche Teilbereiche der Versorgungsplanung konkrete Berührungspunkte mit HTA-Evaluationen existieren. Da im vorausgegangenen Kapitel 6.2.3 schon detailliert die Informationsbasen und benötigten Methoden im Planungsprozess beschrieben wurden, werden nun Analogien zu in HTAs thematisierten Bereichen identifiziert, die Verwandtschaft der Aufgabenbereiche beider Fachdisziplinen aufzeigen sollen. Ausgangspunkt dafür bildet das HTA Core Modell, sowie HTA-Domänen“ [82] der EUnetHTA, der europäischen HTA Dachgesellschaft. In diesem Modell wird beschrieben, welche Bereiche („Domänen“) in HTAs thematisiert werden und welche Werkzeuge dazu eingesetzt werden können.

Tabelle 6.3-1 gibt eine Übersicht dieser HTA „Domänen“, sowie für die bei deren Bearbeitung eingesetzten Methoden und die dafür benötigte/eingesetzte wissenschaftliche Nachlese.

Identifikation von Analogien in HTA - Betrachtungsbereichen (Domänen) und jenen in der Versorgungsplanung anhand des EUnetHTA Core Modells

Tabelle 6.3-1: HTA Methoden mit potentielltem Einsatz in der Versorgungsplanung

	Bereiche (Domänen), die in HTAs betrachtet werden (EUnetHTA Core Model) [82]	HTA Methoden [82]	Evidenzbasis [82]
1	Gegenwärtiger Bedarf und Einsatz der medizinischen Technologie/ Maßnahme	Systematische Literaturrecherchen (publizierte, sowie graue Literatur, einschließlich Qualitätsprüfungen der Informationsbasen)	Epidemiologische, prognostische und qualitative Quellen; Informationen aus Statistiken und Registern
2	Beschreibung der Technologie/ Maßnahme	Deskriptive Methoden	Fachbücher/-informationen, Publikationen, Veröffentlichungen von Regierungsorganisationen, Herstellerangaben
3	Sicherheitsaspekte	Systematische Recherche, (Systematische) Reviews, Evidenzsynthese	Studienveröffentlichungen, insbesondere auch beobachtende Studien; Produktdatenbanken/Register von Herstellern/staatlichen Institutionen, medizinische Register, Routinedaten, transnationalen (z.B.: WHO Upsala Monitoring Center) oder Fachgesellschaften;
4	Klinische Effektivität	Systematische Recherche, Systematischer Review, Evidenzsynthese	Veröffentlichungen von klinischen Studien (RCTs)
5	Ökonomische Aspekte	Ökonomische Analysen, Sensitivitätsanalysen, DALY/QALY basierte Auswertungen, Modellierungen	Anwendungsfrequenzdatenbanken, Inanspruchnahme, Einheitskosten, Fallpauschalen, indirekte Kosten
6	Ethische Fragen	Kasuistik, Kohärenzanalyse, Interaktive od. partizipative Ansätze, Prinzipalismus, ...	
7	Organisationsbezogene Aspekte	Organisationsanalysen, Registerauswertungen, Befragungen	Surveys- und Interviewdaten
8	Soziale Aspekte	Qualitative Beobachtungsstudien, eigene Primärstudien, „thematic maps“, Expertenbefragungen vor Ort	
9	Rechtliche Fragen	Recherche/Deskriptive Methoden; Rechtsgutachten	Nationale / transnationale Gesetze, juristisch wissenschaftliche Datenbanken

Aufgaben in HTA - Domänen sind verwandt mit Aufgaben im Planungsprozess	Anhand der Domänen des HTA Core Modells der Europäischen HTA-Dachgesellschaft EUnetHTA und den darin eingesetzten Methoden und Evidenzbasen wird ersichtlich, dass sich eine Vielzahl von HTA-Aspekten mit den benötigten Evidenzanforderungen im Versorgungsplanungsprozess überschneidet.
Ähnliche Methoden und Informationsbasen	Im Vergleich mit Evidenzbereichen in Schritten der Versorgungsplanung (vgl. Seite 74) zeigt sich insbesondere bei drei großen Bereichen - den einsetzbaren (1) Methoden und den Informationen zur (2) Angebotsseite und zum (3) Kontext - eine große Deckung mit den Aufgabenkreisen der HTA-Domänen.
Berücksichtigung der Gesundheit der Bevölkerung in HTA - Domänen	Wenig repräsentiert, aber dennoch Bestandteil von HTAs sind Informationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung bzw. zum Ausmaß der Gesundheitsproblematik. Dieser Aspekt wird lediglich in der ersten Domäne des Core Modells („Gegenwärtiger Bedarf“) untersucht.
Berücksichtigung des Leistungsangebots in HTA - Domänen	<p>Die Angebotsseite spielt in HTAs die zentrale Rolle (fokussiert auf die jeweils untersuchte Gesundheitstechnologie/-maßnahme). Die Domänen 2 bis 5 im EUnetHTA Core Model („Beschreibung der Technologie/Maßnahme“, „Sicherheitsaspekte“, „Klinische Effektivität“, „Ökonomische Aspekte“) behandeln direkt Fragen zum Dienstangebot (im konkreten Fall zur Gesundheitstechnologie/-maßnahme).</p> <p>Unter anderem werden dabei folgende Fragestellungen beantwortet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✿ Welche Gesundheitstechnologien bzw. -maßnahmen werden derzeit eingesetzt? ✿ Welche Gesundheitstechnologien bzw. -maßnahmen stehen insgesamt zur Verfügung bzw. werden in Zukunft verfügbar sein? ✿ Welche der Gesundheitstechnologien bzw. -maßnahmen besitzen einen nachgewiesenen Nutzen? ✿ Wie wirksam, sicher effektiv und effizient ist eine Gesundheitstechnologie bzw. -maßnahme?
Berücksichtigung von Kontextaspekten in HTAs	Die weiteren HTA-Domänen betrachten Auswirkungen im weiteren Umfeld (ethische Fragen, organisationsbezogene Aspekte, soziale Aspekte, rechtliche Fragen). Diese Aspekte lassen Analogien zu den Kontextinformationen im Planungsprozess erkennen: So werden bei der Planung beispielsweise bestehende Reglements oder wirkende Gesetze identifiziert und deren Impact geschätzt.
Wahl der Methoden in HTAs	Bei der Betrachtung des Methodenspektrums in den HTA-Domänen zeigt sich, dass auch hier - wie bei Schritten der Versorgungsplanung (vgl. Abbildung 6.2-1) - ein interdisziplinäres Methodenspektrum besteht. So können viele Fragen der Versorgungsplanung in einzelnen Schritten ähnlich wie in Domänen von HTAs lauten und dementsprechend auch dieselben Methoden eingesetzt werden.
Nutzenbewertung als integraler Bestandteil der Versorgungsplanung	Besonders deutlich wird die nahe Verwandtschaft beider Wissenschaftsdisziplinen in englischen HCNA. Die Bewertung des Nutzens der Technologie/Maßnahme ist hier als eigener Schritt in die Planungsmethode systematisch integriert.

Insgesamt sind somit Überschneidungen der Aufgaben von HTA und Versorgungsplanung nicht zu übersehen, wobei sich HTA am meisten dort mit der Versorgungsplanung deckt, wo der objektiven Beurteilung des Nutzens einer Gesundheitstechnologie oder -maßnahme zentrale Bedeutung zukommt. Darüber hinaus spielen HTAs auch bei indikationsbezogenen Fragestellungen und der objektiven Bedarfsforschung eine wesentliche Rolle.

In der breiteren Definition von HTA, in der sich HTA als Kommunikationsbrücke zwischen Wissenschaft und Gesundheitspolitik sieht, kann HTA neben der Beantwortung dieser „Kernfragen“ auch dazu beitragen zu beleuchten, unter welchen Rahmenbedingungen eine Intervention Nutzen bietet und welchen Impact die Implementierung einer Intervention hat [83].

Überschneidung der Betrachtungen in HTAs und Bereichen der Versorgungsplanung

neben der Kernfrage des Nutzens werden in HTAs Fragen der Rahmenbedingungen und der Implementierung erörtert

7 Diskussion

Konzept „Objektiver Versorgungsbedarf“

Je nach Blickwinkel kommt dem Konzept „Objektiver Versorgungsbedarf“ eine unterschiedliche Bedeutung zu. So kann für manche PatientInnen (individuelle Sicht) eine bestimmte Behandlung wichtig erscheinen, während LeistungsträgerInnen bzw. VertreterInnen der Solidargemeinschaft (Systemperspektive) diese möglicherweise gar als unangemessen einstufen. Eine kritische Rolle spielt dabei das Konzept der Objektivität. Während in der Theorie zwar oft von einem Konstrukt eines „Objektiven Versorgungsbedarfs“ ausgegangen wird, zeigen sich in der praktischen Handhabung Definitionsprobleme, methodische Einschränkungen (z.B.: interessengesteuerte Verzerrungsrisiken), eine Abhängigkeit von den zu Beginn geltenden oder zu treffenden Grundannahmen und eine Perspektivenabhängigkeit. Daraus folgt, dass der objektive Bedarf nicht eine feste Größe ist, sondern ein heterogen zusammengesetztes gesellschaftliches Konstrukt, das einem ständigen Wandel unterworfen ist. Entscheidend sind dabei nicht nur die Gesundheitsstatistiken oder die aktuelle Inanspruchnahme, sondern die Vorstellungen der Gesellschaft über Gesundheit, Grenzen von Krankheit und Gerechtigkeit.

Zwei exemplarisch dargestellte Modelle [2, 6] definieren den objektiven Bedarf in Abhängigkeit davon, ob ein Behandlungsverfahren mit erwiesenem Nutzen vorliegt. Einerseits können dadurch zwar Verfahren ohne erwiesenen Nutzen ausgeschieden werden. Andererseits wird in jenen Bereichen, in denen keine direkten Behandlungsverfahren/-technologien vorliegen (zum Beispiel dort, wo keine Gesundheitsindustrie-Lobby existiert), oder wo sich ein Nutznachweis methodisch nur schwer darstellen lässt (zum Beispiel in der Rehabilitation, Pflege, Palliativbetreuung, im ärztlichen Gespräch, in der Psychotherapie), womöglich der Zugang zur solidarischen Finanzierung erschwert, da dort nur schwer ein Nutzenbeweis durchgeführt werden kann. Der methodisch bevorzugte Weg, von der Technologie bzw. vom einfach Messbaren aus zu gehen, mag auch damit zusammenhängen, dass für die Messung des Nutzens konkreter technologischer Maßnahmen (Arzneimittel, Implantate) besser fundierte methodische Möglichkeiten existieren, als für die Messung des objektiven Versorgungsbedarfs. Somit können Versorgungsbedarf bzw. Gesundheitsprobleme unentdeckt bleiben und technologische Gesundheitsmaßnahmen alternative Strategien verdrängen. Die Weiterentwicklung von wissenschaftlichen Methoden der Bedarfsforschung sollte es ermöglichen, bisher benachteiligte Gruppen zu identifizieren.

Auch ein anderer methodischer Aspekt beeinträchtigt die Bestimmung des objektiven Bedarfs. So kann ein verzerrtes Bild entstehen, wenn dieser ausschließlich von absoluten Statistiken (Todesursachen, Morbidität, Surveys) oder vom aktuellen Leistungsaufkommen abgeleitet wird. Während absolute Zahlen nur selten Aufschluss auf den relativen Nutzen geben können [53], spiegelt das Leistungsaufkommen möglicherweise nur eine schon bestehende fehlgerichtete Versorgung wieder. So kann ein lokal erhöhtes Leistungsaufkommen beispielsweise durch eine gute Spitalinfrastruktur in einem Gebiet entstehen, während in schlecht versorgten Gebieten keine Behandlungsleistungen auftreten und somit der Bedarf als gering eingeschätzt würde. Die Nachteile der Bedarfsschätzung, die auf dem vergangenen Leistungsaufkommen beruhen, zeigen sich beim Phänomen der Mengenauswei-

objektiver Versorgungsbedarf – ein komplexes Konstrukt, dass von Perspektiven und Grundannahmen maßgeblich bestimmt ist

unausgewogener Blickwinkel durch erbringungsseitig orientierte Definitionen des objektiven Bedarfs

mögliche Verzerrungen der Bedarfsschätzung durch mangelndes Wissen zum relativen Nutzen, Bias durch Fortschreibung und Verzerrung durch unberücksichtigte Anreizmechanismen

Einbeziehung von Wertvorstellungen in die Planung

tung („Over-Utilisation“) durch Anreizsysteme [1]. Das Leistungsaufkommen ist dabei durch die finanziellen Anreize des Vergütungssystems beeinflusst und unterscheidet sich vom tatsächlichen (objektiven) Bedarf. Die Berücksichtigung von bestehenden Reglements bzw. Anreizsystemen ist daher wichtiger Bestandteil in der Planungsvorbereitung.

Schließlich ist (wie sich aus der Auseinandersetzung mit dem Begriff des „Bedarfes“ ergibt) Bedarf und bedarfsgerechte Versorgung auch geprägt von gesellschaftlich-kulturellen Positionen und Wertvorstellungen sowie der aktuellen Handlungspraxis. Diese sollten in einer wissenschaftlich anerkannten Form als demokratisches Grundprinzip in Versorgungsplanungsüberlegungen einfließen können. Dazu gehört es, dass wertebasierte Entscheidungen mit den Vorstellungen der Gemeinschaft abgeglichen werden und die Argumentation nachvollziehbar gemacht wird. Es müssen aber auch Fragen der Akzeptanz einer Maßnahme abgeschätzt werden. Eine evidenzbasierte Vorgangsweise der Versorgungsplanung, die breit definiert ist, sollte Partizipation, Transparenz und Praktikabilität inkludieren.

Versorgungsplanung und Abgrenzung zur Planung im Einzelfall

ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem eröffnet den Blickwinkel einer gemeinwohlorientierten Versorgungsplanung

Für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Konzept der Versorgungsplanung muss eine Unterscheidung zwischen einer auf die einzelnen PatientInnen bezogenen Perspektive und einer gemeinwohlorientierten öffentlichen Perspektive getroffen werden. Diese öffentliche Perspektive – in die sich die Versorgungsplanung einordnen lässt – betrachtet immer ein Kollektiv und ist dadurch geprägt, dass die Leistungen in der Regel aus einem Topf finanziert werden, in den die Gesellschaft solidarisch einzahlt. Diese Ressourcenkomponente führt dazu, dass für wissenschaftliche Fragestellungen Studienmethoden benötigt werden, die neben Wirksamkeits- und Sicherheitsaspekten auch sozioökonomische Dimensionen enthalten müssen. Für Planungsanstrengungen aus dieser Perspektive wird in dieser Arbeit der Begriff „gemeinwohlorientierte öffentliche Versorgungsplanung“ geprägt.

Diskussion der Kernelemente der Planung

Kernelemente der Versorgungsplanung

Sowohl in den praktisch angewandten Planungsmethoden als auch in der theoretisch beschriebenen [10] lassen sich im Planungsprozess konkrete Einzelschritten erkennen und charakterisieren. Eine weitgehende Übereinstimmung liegt bei mehreren Planungsschritten vor, andere Planungsschritte werden in den eingeschlossenen Veröffentlichungen unterschiedlich erwähnt. Obwohl diese Übereinstimmung möglicherweise auch mit der Wichtigkeit des jeweiligen Schrittes assoziiert ist, spielt es auch eine Rolle, dass die hier analysierten Planungsmethoden mit großer Sicherheit nicht zum Zweck einer systematischen Darstellung aller Schritte sondern aufgrund unterschiedlicher anderer Motive veröffentlicht wurden. Daher kann anhand des Vergleichs keine Aussage über die relative Bedeutung einzelner Schritte gemacht werden. Es geht vielmehr darum, zu zeigen, welche Schritte prinzipiell möglich sind und wie diese fallweise realisiert wurden.

Planungsschritte, die mehrheitlich übereinstimmend vorliegen:

Sieben Schritte scheinen die Kernelemente der Planung darzustellen. So wird in allen Methoden der Planungsprozess geplant, die Grundannahmen werden offengelegt, Planungsleitbild und Leitgedanken werden fixiert und die Zielgemeinschaft wird bestimmt. Schließlich werden Informationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung eingeholt – und auf der anderen Seite – Leistungsangebot und Ressourcen analysiert. Darauf folgt die Bewertung der sich dadurch darstellenden Situation.

**Planung der Planung,
Planungsleitbild,
Grundannahmen,
Zielgemeinschaft,
Gesundheitszustand,
Leistungsangebot,
Ist-Bewertung**

Uneinheitlich werden folgende Planungselemente beschrieben:

Nicht in allen Planungsmethoden werden weitere sieben Schritte beschrieben. So kommen eine initiale Informationsbeschaffung und die Kontextanalyse in Form einer Umweltanalyse nicht überall vor. Auch Projektmanagementaspekte sind nur teilweise beschrieben (Projektplanung, Planungsevaluation und Planrevision/Umplanung). Weiters sind einige Abwägungs- und Entscheidungsschritte nur teilweise beschrieben. Dazu gehören das Abwägen der Herangehensweisen/die Entwicklung einer Strategie sowie die Definition von Zielen, Spezifikationszielen, Prioritäten und Aktionen. Schließlich ist auch der Akt der Erstellung eines Implementierungsplans nur teilweise in den analysierten Methoden beschrieben.

**Initiale Informations-
beschaffung, Umwelt-
analyse, Projektmana-
gement und –evalu-
ation, Abwägen,
Strategieentwicklung,
konkrete Spezifika-
tionen, Implementie-
rungsplanung**

Auffallend ist eine geringe Übereinstimmung der letzten Planungsschritte (konkrete Planung, Ausformulierung des Implementierungsplanes). Dies kann allerdings damit zusammen hängen, dass einige der Planungsmethoden (HCNA, ÖSG, CHAAP) „Metapläne“ - also Rahmenwerke - darstellen, an denen sich konkrete Planungen orientieren sollen, allerdings naturgemäß unkonkret bleiben und im Rahmen deren Publikmachung in keine direkten Planbeschreibungen münden. Es besteht also möglicherweise bei veröffentlichten Planungsmethoden eine Begünstigung (im Sinne eines Publikationsbias) von generischen Planungskonzepten gegenüber reflexiven Darstellungen konkreter Planungsprojekte.

**einige Publikationen
sind „Metaplanungs-
konzepte“ und zeigen
keine konkrete Imple-
mentierung**

Priorisierung von Planungsmaßnahmen

Da die Versorgungsplanung zumeist einen unveränderlichen Ressourcenkontext hat, spielt es bei der Planung auch eine entscheidende Rolle, dass innerhalb der Planung eine Priorisierung der Einzelschritte stattfindet [10], die gegebenenfalls eine Straffung der Planungsanstrengungen ermöglicht. Priorisierungen für Planungsmaßnahmen ergeben sich beispielsweise aus der Angabe des finanziellen Impacts einzelner vorgeschlagener Veränderungsmaßnahmen. Priorisierung von Maßnahmen kann selbst auch das Endergebnis der Planungsmethode sein.

**Möglichkeiten der
Priorisierung sind in
gängigen Versor-
gungsplanungsme-
thoden vorgesehen**

Transparenz des Planungsprozesses

Ebenfalls muss die Transparenz der Vorgangsweise sowie der informellen Quellen als grundlegende Voraussetzung gegeben sein, um das demokratische Grundprinzip zu erfüllen. Die Transparenz ist am deutlichsten im HCNA [4] verwirklicht. Im Protokoll wird auf die Notwendigkeit der Transparenz von Quellen hingewiesen, darüber hinaus werden die englischen Assessments generell veröffentlicht. Auch das Vorliegen von Veröffentlichungen anderer Planungsmethoden kann als Trend zur Transparenz interpretiert werden.

**Transparenz des
Planungsprozesses als
demokratisches
Grundprinzip**

Planungsprozess als Leitfaden der Reflexion

Framework zur Reflexion von Planungsprozessen

Die Darstellung der Elemente im Planungsprozess - verknüpft mit den Realisierungen aus den vier eingeschlossenen Planungsmethoden - bietet ein umfassendes Raster, das den Handlungsraum für Planungsaktivitäten aufspannt und dadurch eine kritische Reflexion von Versorgungsplanungen möglich macht.

Evidenzbasierung in der Versorgungsplanung

evidenzbasierte Praxis in der Versorgungsplanung über den gesamten Planungsprozess hinweg oder innerhalb von Einzelschritten applikabel

Die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Definitionen von Evidenzbasierung bzw. wissenschaftlichen Vorgehens hat gezeigt, dass dieses Konzept nicht über alle Einzelschritte und Informationsbasen hinweg einheitlich ist und je nach intendiertem Gebrauch und in Abhängigkeit des Einsatzgebietes variiert. Die Versorgungsplanung lässt sich als Gesamtprozess wissenschaftlich gestalten, da wesentliche Schritte mit den allgemein gebräuchlichen Schritten der evidenzbasierten Praxis übereinstimmen. Weiters sind in vielen Teilschritten der Planung wissenschaftliche Ansätze möglich. Dabei werden unterschiedliche Informations- und Wissensbasen benötigt und daher auch angepasste Evidenzbasierungskonzepte. Teilweise kann das etablierte Instrumentarium einer evidenzbasierten Vorgangsweise, wie zum Beispiel systematische Übersichtsarbeiten, eingesetzt werden, zum Teil muss bei der Versorgungsplanung auf ein breiteres interdisziplinäres Methodenspektrum zurückgegriffen werden.

heterogene Ansätze der Evidenzbasierung in unterschiedlichen Bereichen bzw. Schritten

Health Technology Assessment in der Versorgungsplanung

zahlreiche Implikationen für HTA in der Versorgungsplanung

Da Health Technology Assessment ein an der Praxis gemessenes, breites Aufgabenspektrum hat und dadurch über ein umfassendes Methodenspektrum verfügt, kann es für verschiedene Teilschritte im Planungsprozess eingesetzt werden. Neben der Beurteilung des Nutzens (Effektivität auf Basis von Wirksamkeit und Sicherheit) und einer optimalen Bereitstellung unter Berücksichtigung der Kosten (gesundheitsökonomische Evaluationen) werden im Rahmen von Health Technology Assessment Evaluationen auch organisationsbezogene Faktoren, gesellschaftliche psycho-soziale oder ethische und legistische Aspekte adressiert [84]. Dadurch und aus den in den Kernelementen der Versorgungsplanung ersichtlichen Anforderungen, ergeben sich Implikationen für HTA-Evaluationen auch im Rahmen der Versorgungsplanung.

Schlussfolgerungen:

- ✿ Evidenz, die als methodische wie auch faktische Grundlage für die gemeinwohlorientierte Versorgungsplanung dienen kann, kann aus grauer Literatur und publizierter Fachliteratur gewonnen werden. Literaturrecherchen für Versorgungsplanungen sollten durch darin erfahrene Informationsspezialisten unterstützt werden.
- ✿ In der Fachliteratur sind sowohl generische Planungsmethodiken, als auch Methoden für spezifische Planungsbereiche zu identifizieren. Dadurch kann eine den Planungszielen angepasste Wissensbasis für Versorgungsplanungen initiiert werden.
- ✿ Transparenz als demokratisches Prinzip: Transparenz befürwortende Politik öffnet der öffentlichen Versorgungsplanung die Möglichkeit einer wissenschaftlichen Reflexion. Da die Ressourcen dafür solidarisch erbracht werden, sollte Transparenz in der Planung als demokratisches Grundrecht verstanden werden.
- ✿ Transparenz ermöglicht Vergleiche: Die wissenschaftliche Reflexion von Versorgungsplanungsmethoden anhand der Gegenüberstellung verschiedener Ansätze ermöglicht einen Erfahrungstransfer hinsichtlich der gängigen Planungspraxis zwischen unterschiedlichen Gesundheitssystemen und eröffnet Blickwinkel für ein ergänzendes Verständnis und Handlungsflexibilität.
- ✿ Vergleich ermöglicht Lernen und Wissenstransfer: Durch die Gegenüberstellung von theoretischen und in der Praxis eingesetzten Planungsanleitungen ist eine Darstellung von Kernelementen der Versorgungsplanung entstanden, die zur kritischen Reflexion oder zum Einstieg in Planungsaktivitäten der Gesundheitsversorgung eingesetzt werden kann. Akteure, die mit Planungsaufgaben betraut sind, können diese Planungselemente als Einstieg oder als Ergänzung nützen.
- ✿ Für den Versorgungsplanungsprozess kann gezeigt werden, dass dieser nach einem Prinzip der Evidenzbasierung folgen kann, wenn Schritte offengelegt werden und Kernelemente systematisch eingebunden sind. Unter Berücksichtigung von projektspezifischen Zielen sollte daher dieses Prinzip der Evidenzbasierung angestrebt werden.
- ✿ Verschiedene Formen der Evidenzbasierung sind im Planungsprozess nötig: Für bestimmte Basisfragen im Planungsprozess (Wertehaltungen, Präferenzen, Prognosen/Schätzungen, Politikfeldanalysen, Entscheidungsprozessanalysen, Gesundheitsimpact-Schätzungen), bei denen sich das benötigte Wissen (Verständnis von Zusammenhängen und Hintergründen, argumentatives/legitimierendes Wissen, mögliche Auswirkungen von Entscheidungen) unterscheidet, muss zum Teil ein adaptiertes Konzept der Evidenzbasierung gelten. Akteure sollten daher vielfältige Evidenzquellen – auch aus dem qualitativen Bereich – für die Planungskonzeption einsetzen.
- ✿ Die Nutzenbewertung (die Wirksamkeit, Sicherheit, Effektivität und Effizienz) von Gesundheitstechnologien bzw. -maßnahmen spielt bei der Versorgungsplanung eine wichtige Rolle, insbesondere dann, wenn „Objektiver Versorgungsbedarf“ bzw. „Maßnahmen mit erwiesenem Nutzen“ im Versorgungsmodell (bzw. in dessen Definitionen) eine zentrale Bedeutung haben. Die Einbeziehung von unabhängigen

Health Technology Assessment Institutionen kann einen wesentlichen Beitrag zur objektiven Nutzenbewertung liefern.

- ✿ Health Technology Assessment leistet einen wesentlichen Beitrag zur Versorgungsplanung. Das Methodenspektrum von Health Technology Assessment liefert Evidenz zum Nutzen (Wirksamkeit, Sicherheit, Effektivität) von gesundheitsrelevanten Verfahren oder Technologien unter Berücksichtigung der Kosten und kann darüber hinaus weiterreichende Fragen beantworten. Dadurch kann Health Technology Assessment auch für Fragen, die über die Nutzenbewertung hinausgehen, im Planungsprozess zur Anwendung kommen.

8 Literatur

- [1] SACHVERSTÄNDIGENRAT. Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. 2007 [cited 2009-01-27]; Available from: [http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/51293108f720804cc12571e700442bde/556f04098e002fc0c125730d0080e93f/\\$FILE/SVR-GA_2007.pdf](http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/51293108f720804cc12571e700442bde/556f04098e002fc0c125730d0080e93f/$FILE/SVR-GA_2007.pdf)
- [2] SACHVERSTÄNDIGENRAT. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit - Band III - Über-, Unter- und Fehlversorgung. 2001 [cited 2008-09-28]; Available from:
- [3] Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century. Washington, D.C.: National Academy Press 2001.
- [4] Stevens A, Raftery J, Wessex Institute of Public Health Medicine. Health care needs assessment. Second series : the epidemiologically based needs assessment reviews. Oxford ; New York: Radcliffe Medical Press 1996.
- [5] WHO. WHO Health Report 2000. 2000 [cited 2008-09-12]; Available from: http://www.edscuola.it/archivio/handicap/whr_2000.htm
http://www.who.int/entity/whr/2000/en/whr00_en.pdf
- [6] Stevens A. Health care needs assessment : the epidemiologically based needs assessment reviews. 2nd ed. Oxford: Radcliffe 2004.
- [7] Higginson IJ, Hart S, Koffman J, Selman L, Harding R. Needs assessments in palliative care: an appraisal of definitions and approaches used. Journal of pain and symptom management. 2007 May;33(5):500-5.
- [8] Meyers Online Lexikon. Planung (Sachartikel) - Wissen - Meyers Lexikon Online. 2008 [cited 2008-12-12]; Available from: [http://lexikon.meyers.de/wissen/Planung+\(Sachartikel\)](http://lexikon.meyers.de/wissen/Planung+(Sachartikel))
- [9] National Center for Biotechnology Information. MeSH-Database Term: "Health Planning". 1979 [cited 2008-12-12]; Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=mesh&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=68006285&ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Mesh.Mesh_ResultsPanel.Mesh_RVFull
- [10] Thomas RK. Health services planning. 2nd ed. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers 2003.
- [11] Hensher M, Fulop N. The influence of health needs assessment on health care decision-making in London health authorities. Journal of health services research & policy. 1999 Apr;4(2):90-5.
- [12] Gibbs RJ. The use of a strategic planning model for Health and Personal Social Services. The Journal of the Operational Research Society. 1978 Sep;29(9):875-83.
- [13] Achterberg PW, Kramers PG, van Oers HA. European community health monitoring: the EUPHIX-model. Scandinavian journal of public health. 2008 Sep;36(7):676-84.
- [14] ICHI. International Compendium of Health Indicators. 2007 [cited 2009-03-15]; Available from: <http://www.healthindicators.org/ICHI/general/startmenu.aspx>

- [15] WHO. European health for all database (HFA-DB). 2007 [cited 2008-02-22]; Available from: <http://www.euro.who.int/hfadhb>
- [16] OECD. Health at a Glance 2007. 2007 [cited 2008-02-22]; Available from: <http://www.oecd.org/health/healthataglance>
- [17] The EUPHORIC Project. EUropean Public Health Outcome Research and Indicators Collection. 2009.
- [18] National Committee for Quality Assurance. Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS). 2009 [cited 2009-02-28]; Available from: <http://www.ncqa.org/tabid/187/Default.aspx>
- [19] BQS. Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung. [cited 2009-01-29]; Available from: <http://www.bqs-online.com/>
- [20] KBV - AQUIK - Qualitätsindikatoren. AQUIK - Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, Qualitätsindikatoren. 2007.
- [21] Donabedian A. Quality assessment and monitoring. Retrospect and prospect. Eval Health Prof. 1983 Sep;6(3):363-75.
- [22] Berlage S, Niemann N, Wenzlaff P. Register-/Qualitätssicherungsdaten: Transfer in die Einrichtungen zur Optimierung der Versorgungsqualität mittels gezielter Schulungskonzepte. 2008 [cited 2008-11-09]; Available from:
- [23] European Community. European Community Health Indicators Monitoring. 2008.
- [24] Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. Soc Sci Med. 2000 Dec;51(11):1611-25.
- [25] Lundström M. Handbook for establishing new quality registries. 2005 [cited 2007-11-30]; Available from: <http://www.eyenetsweden.se/downloads/Handboken%20engelsk%20version%20060306.pdf>
- [26] Zechmeister I, Freiesleben de Blasio B, Radlberger P, Wild C, Kvas E, Garnett G, et al. Ökonomische Evaluation der Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV-Impfung) in Österreich. 2007 [cited 2009-05-15]; Available from: http://eprints.hta.lbg.ac.at/760/2/HTA-Projektbericht_009.pdf
- [27] Mad P, Langer T, Guba B, Kvas E, Reichelt C, Adlbrecht C, et al. Rolle und Positionierung der Ambulanzen von Universitätskliniken im Gesundheitswesen. Teil 1: Literaturanalyse und strukturierte Expertenbefragung. Teil 2: Methodenbeschreibung zur empirischen Analyse von Ambulanzleistungen. 2007 [cited 2009-05-15]; Available from: http://eprints.hta.lbg.ac.at/38/1/HTA-Projektbericht_005.pdf
- [28] Breyer E. Aktualisierung von Leistungskatalogen - Eine vergleichende Analyse von Refundierungsprozessen für ärztliche Leistungen in ausgewählten Ländern. 2008 [cited 2009-05-10]; Available from: http://eprints.hta.lbg.ac.at/817/1/HTA-Projektbericht_Nr22.pdf
- [29] Sackett DL, Kunz R. Evidenzbasierte Medizin : [EBM-Umsetzung und -Vermittlung]. Bern {[u.a.]}: Zuckschwerdt 1999.
- [30] Jackson CA, Derose KP, Kington R, Main Line Health System Board (Wynnewood Pa.). Evidence-based decisionmaking for community health programs. Santa Monica, CA: Rand 1998.

- [31] Sackett DL, Rosenberg WM. On the need for evidence-based medicine. *Journal of public health medicine*. 1995 Sep;17(3):330-4.
- [32] Wanless D. Securing good health for the whole population: Final report - February 2004. 2004 [cited 2008-11-23]; Available from: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4074426
- [33] Canadian Health Services Research Foundation. HEALTH SERVICES RESEARCH AND... Evidence-Based Decision-Making. 2000.
- [34] Wild C. evidenzbasierte Bedarfsplanung für intensivbetten. 2002 [cited 2009-05-15]; Available from: http://www.google.at/url?q=http://epub.oeaw.ac.at/ita/ita-projektberichte/d2-2b23.pdf&ei=aFoeStvsAYaT_Qbx39XKBA&sa=X&oi=spellmeleon_result&resnum=1&ct=result&usg=AFQjCNF-dX005RXZZumoFtcp7Gkb4vR86A
- [35] Schopper D, Baumann-Hölzle R, Tanner M. Rationierung im Gesundheitswesen: Was könnte die Schweiz von anderen Ländern lernen? 2002 [cited 2008-10-05]; Available from: <http://www.saez.ch/pdf/2002/2002-44/2002-44-995.PDF>
- [36] Müller-Hergl C. "...und dann klappte die Umsetzung nicht..." - Implementierung neuer Pflegepraxis bei Demenz. 2006 [cited 2008-10-23]; Available from:
- [37] Clark D. What is qualitative research and what can it contribute to palliative care? *Palliative medicine*. 1997 Mar;11(2):159-66.
- [38] Gray JAM. Evidence-based healthcare. New York ; London: Churchill Livingstone 1997.
- [39] Innvaer S, Vist G, Trommald M, Oxman A. Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. *Journal of health services research & policy*. 2002 Oct;7(4):239-44.
- [40] Shortell SM. The emergence of qualitative methods in health services research. *Health Serv Res*. 1999 Dec;34(5 Pt 2):1083-90.
- [41] Dixon-Woods M, Agarwal S, Jones D, Young B, Sutton A. Synthesising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. *Journal of health services research & policy*. 2005 Jan;10(1):45-53.
- [42] Paterson BL. Meta-study of qualitative health research : a practical guide to meta-analysis and meta-synthesis. Thousand Oaks, Calif.: Sage publications 2001.
- [43] Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *Journal of epidemiology and community health*. 2002 Feb;56(2):119-27.
- [44] Donner-Banzhoff N, Schrappe M, Lelgemann M. [A guide to the critical reflection of health services research studies]. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*. 2007;101(7):463-71.
- [45] Kunz R, Cox M. Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis : mit 85 Tabellen. 2., überarb. und erw. Aufl.. ed. Köln: Dt. Ärzte-Verl. 2007.
- [46] Gartlehner G. Internes Manual. Abläufe und Methoden. Teil 2. HTA-Projektbericht 06. 2007.

- [47] Secretary-General O-. Health technologies and decision making. Paris: Organisation for Economic Co-Operation and Development 2005.
- [48] Mason D, Peak T, S. KR, L. SM. Planning for the Needs of Utah's Senior Citizens. 2002 [cited 2008-10-11]; Available from: http://www.hsdaas.utah.gov/pdf/Executive_Summary.pdf
- [49] NSW Department of Health 2007. A New Direction for NSW. State Health Plan towards 2010. 2007 [cited 2008-11-12]; Available from: http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2007/state_health_plan.html
- [50] VersorgungsLeitlinien Ä-RNPf. Methoden-Report 3. Auflage. 2008 [cited 2008-11-13]; Available from: http://www.versorgungsleitlinien.de/methodik/pdf/nvl_methode_3.aufl.pdf
- [51] Gemeinsamer Bundesausschuß. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie). 2007 [cited 2008-01-12]; Available from:
- [52] Dormuth CR, Burnett S, Schneeweiss S. Using policy simulation to predict drug plan expenditure when planning reimbursement changes. *PharmacoEconomics*. 2005;23(10):1021-30.
- [53] Eyles J, Birch S. A population needs-based approach to health-care resource allocation and planning in Ontario: a link between policy goals and practice? *Can J Public Health*. 1993 Mar-Apr;84(2):112-7.
- [54] Brommels M, Jaaskelainen M. Measures of equity and efficiency in medical manpower planning. A prediction of internists needed in the Finnish national health service. *Health Policy*. 1984;4(1):3-11.
- [55] Kistemann T, Schroer MA. [Small-scale care by SHI physicians and their subjective choice of location within an oversupplied planning area]. *Gesundheitswesen*. 2007 Nov;69(11):593-600.
- [56] Smolen S, Quigley C. The action approach. Integrating a community's needs into the corporate planning process. *Health Prog*. 1991 Jul-Aug;72(6):73-5, 80.
- [57] Wan TT, Broida JH. Indicators for planning of health services: assessing impacts of social and health care factors on population health. *Socioecon Plann Sci*. 1983;17(4):225-34.
- [58] Short PJ, Wright PC. A strategic approach to human resource planning in nursing. *Health Manpow Manage*. 1993;19(2):4-10.
- [59] Shortt NK, Moore A, Coombes M, Wymer C. Defining regions for local-ity health care planning: a multidimensional approach. *Soc Sci Med*. 2005 Jun;60(12):2715-27.
- [60] Zalot GN, Langstaff JH. Planning French-language health services: a case illustration of Niagara region. *Healthc Manage Forum*. 1990 Fall;3(3):23-9, 31-8.
- [61] Zuckerman AM. Planning for rehabilitation: a new approach. *Health Care Strateg Manage*. 1983 Dec;1(3):14-6.
- [62] Mullen PM. Is there a future for planning teams? *Health Serv Manage Res*. 1992 Nov;5(3):186-97.

- [63] Quinn JL, Prybylo M, Pannone P. Community care management across the continuum. Study results from a Medicare health maintenance plan. *Care Manag J*. 1999 Autumn;1(4):223-31.
- [64] Schwebel AI, Kershaw R, Reeve S, Hartung JG, Reeve W. A community organization approach to implementation of comprehensive health planning. *Am J Public Health*. 1973 Aug;63(8):675-80.
- [65] Farooq GM. Population, human resources and development planning: towards an integrated approach. *Int Labour Rev*. 1981 May-Jun;120(3):335-49.
- [66] Segall M. Planning and politics of resource allocation for primary health care: promotion of meaningful national policy. *Soc Sci Med*. 1983;17(24):1947-60.
- [67] Turner LA, Ostbye T, Pederson LL. Health work force planning in the 90s, Part II: Enough in the right place at the right time? *Healthc Manage Forum*. 1993 Summer;6(2):23-30.
- [68] Prybil L, Golden P, Ballance X. Serving our communities better. Guidelines for planning and developing integrated delivery networks. *Health Prog*. 1995 Apr;76(3):34-7, 48.
- [69] Trocchio J, McDevitt RN. Planning for community benefit. A seven-step process helps providers define and address important needs. *Health Prog*. 1994 Jan-Feb;75(1):49-53.
- [70] The President's health care reform plan. A NAHC analysis. National Association for Home Care. *Caring*. 1994 Mar;13(3):20-8.
- [71] Sahney VK, Warden GL. The role of CQI in the strategic planning process. *Qual Manag Health Care*. 1993 Summer;1(4):1-11.
- [72] Gruca TS, Kaltenbach KM, Nath D. Health care clusters in hospitals: the market audit and frameworks for planning. *J Hosp Mark*. 1993;7(2):61-76.
- [73] Green S, Parkinson L, Bonevsky B, Considine R. Community health needs assessment for health service planning: realising consumer participation in the health service setting. *Health Promotion Journal of Australia*. 2004;15(2).
- [74] Community & Family Health (CFH) Division - Minnesota Department of Health. Community Health Assessment and Action Planning Handbook. 2007 [cited 2008-11-06]; Available from: <http://www.health.state.mn.us/divs/cfh/ophp/system/planning/chaap/docs/handbook-072307.pdf>
- [75] Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2006. 2006 [cited 2008-09-15]; Available from: http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/1/0/1/CH0716/CMS1136983382893/oegs2006_280606.pdf
- [76] Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Artikel 15a B-VG. 2005 [cited; Available from: http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/3/2/6/CH0717/CMS1104315559331/bgbl_15a-vereinbarung_2005.pdf
- [77] Birner A, Danzer D, Neruda T, Pichlbauer E, Pochobradsky E, Willinger M. Regionaler Strukturplan Gesundheit Salzburg 2010. 2005 [cited 2009-01-18]; Available from:

- [78] Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J, Hopayian K, et al. Sicily statement on evidence-based practice. BMC medical education. 2005 Jan 5;5(1):1.
- [79] Kitson AL, Rycroft-Malone J, Harvey G, McCormack B, Seers K, Titchen A. Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. Implement Sci. 2008;3:1.
- [80] Busse R. HTA in Europa: Verhältnis zur Politik, Verankerung, Impact. 2005 [cited 2009-03-01]; Available from: http://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2005.lectures/2005.10.19.rb_Bremen.pdf
- [81] Perleth M, Busse R. Health Technology Assessment (HTA) - Teil und Methode der Versorgungsforschung. 2004.
- [82] EUnetHTA WP4 project group. HTA Core Model Handbook. 2008 [cited 2009-05-02]; Available from: <https://fio.stakes.fi/htacore/handbook.html>
- [83] Banta HB, Luce BR. Health Care Technology and Its Assessment: An International Perspective. 1993.
- [84] Wild C, Gartlehner G. [Health Technology Assessment--evaluating health care interventions]. Wiener medizinische Wochenschrift (1946). 2008;158(17-18):522-9.